



De la conception à la naissance. Comparaison France / Pays-Basdes réseaux et des pratiques obstétriques

Madeleine Akrich, Bernike Pasveer

► To cite this version:

Madeleine Akrich, Bernike Pasveer. De la conception à la naissance. Comparaison France / Pays-Basdes réseaux et des pratiques obstétriques. 1995. halshs-00122101

HAL Id: halshs-00122101

<https://shs.hal.science/halshs-00122101>

Submitted on 26 Dec 2006

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

DE LA CONCEPTION À LA NAISSANCE

**Comparaison France / Pays-Bas
des réseaux et des pratiques obstétriques**

MADELEINE AKRICH ET BERNIKE PASVEER

RAPPORT MIRE-CSI

JUILLET 1995

table des matières

PROLOGUE.....	1
Récit néerlandais.....	1
Récit français.....	4
INTRODUCTION.....	9
PARTIE I : RISQUES ET SÉCURITÉ DE LA NAISSANCE	13
La politique de la sélection aux Pays-Bas.....	15
<i>La VIL ou comment trier les femmes et les professionnels</i>	<i>16</i>
<i>L'hôpital et les techniques, facteur de risque ou de sécurité ?.....</i>	<i>18</i>
<i>Le glissement du système hollandais : des faisceaux de petites raisons</i>	<i>20</i>
La sécurité de la naissance en France.....	24
<i>Le modèle de la sécurité dans les rapports français</i>	<i>24</i>
<i>La contre-argumentation : problème de sécurité ou problème</i> <i>économique ?.....</i>	<i>26</i>
<i>Le compromis du réseau.....</i>	<i>28</i>
PARTIE II : LA SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEMENT.....	33
La surveillance de la grossesse : sélection / suivi.....	34
<i>Les critiques politique et "naturaliste"</i>	<i>37</i>
<i>Le sens de la mesure.....</i>	<i>38</i>
L'accouchement.....	42
<i>Les préparations et la définition de l'accouchement</i>	<i>44</i>
<i>L'accouchement en France: co-action.....</i>	<i>45</i>
<i>L'accouchement aux Pays-Bas : communion.....</i>	<i>58</i>
PARTIE III : DOULEUR ET ACCOUCHEMENT.....	67
La douleur en France.....	68
<i>la péridurale et ses marges.....</i>	<i>68</i>
<i>les paradoxes de la péridurale.....</i>	<i>69</i>
La douleur aux Pays-Bas	83
<i>la naissance à la maison et ses marges</i>	<i>83</i>
<i>la douleur féministe</i>	<i>92</i>
<i>la douleur des femmes</i>	<i>94</i>
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	97
BIBLIOGRAPHIE.....	101
RÉSUMÉ	105

PROLOGUE : DEUX RÉCITS

Récit néerlandais

J'ai pu être enceinte grâce à une insémination artificielle faite à l'hôpital. Au départ, le médecin voulait que je sois suivie à l'hôpital, mais comme il n'a pas été capable de me donner une raison vraiment convaincante, puisqu'une fois que j'étais enceinte, je n'avais plus de raison particulière d'avoir de problème, je suis allée voir un cabinet de sages-femmes, pas trop loin de chez moi ; il m'avait été conseillé par un médecin que je connais.

Aux Pays-Bas, il y a trois niveaux de soins pour les femmes enceintes : <ul style="list-style-type: none">- les grossesses et accouchements physiologiques sont suivis par le premier niveau (sages-femmes, aides maternelles, généralistes)- les pathologies légères sont prises en charge par le second niveau (obstétriciens)- le troisième niveau comprend les unités de soins en néonatalogie. Dans le cas des grossesses normales la sécurité sociale ne rembourse que les soins dispensés au premier niveau.

A notre première visite, à peu près vers 12 semaines de grossesse, on nous a posé plein de questions sur les maladies existant dans notre famille etc. J'ai été pesée, la sage-femme m'a pris la tension, elle m'a fait une prise de sang pour voir si je n'avais pas d'anémie, et elle m'a examiné le ventre. Elle a essayé aussi d'entendre les bruits du coeur du bébé avec un doppler, mais ça n'a pas marché. J'avais apporté aussi des urines qu'elle n'a pas utilisées, en me disant qu'elle ne recherchait l'albumine qu'en présence d'autres symptômes de toxémie. Quand j'en ai parlé à des amies, elles étaient surprises, parce qu'apparemment toutes les sages-femmes ne font pas la même chose.

Elle m'a dit que tout allait bien, même formidablement bien, et d'ailleurs elles me l'ont répété ensuite à chaque visite, et elle m'a demandé si nous étions décidés pour la maison ou la polyclinique. Nous avons choisi de le faire à la maison : je n'aime pas l'hôpital et les contacts que j'ai eus lors de l'insémination ne m'ont pas incitée à y retourner.

Les femmes sans problèmes particuliers peuvent choisir d'accoucher à la maison ou à la polyclinique, c'est-à-dire dans un hôpital mais sans utiliser un matériel différent que celui disponible à domicile et en retournant à la maison dans les 24h ; dans les deux cas, l'accouchement se fait sous la surveillance de la sage-femme ou du généraliste qui la suit. Pour orienter les femmes et dépister les pathologies, les sages-femmes utilisent une liste officielle d'indications obstétricales (VIL).
--

Nous sommes revenus tous les mois et après 30 semaines de grossesse toutes les quinze jours, et à la fin toutes les semaines. Dans ce cabinet, il y a 4 sages-femmes. Je

les ai vues à tour de rôle pendant les visites, pour être sûre que je les connaîtrai les 4 avant l'accouchement, car c'est celle qui est de garde à ce moment là qui vient. A un moment donné, j'ai demandé s'il fallait faire une échographie, la sage-femme m'a répondu qu'elle ne voyait pas de raisons particulières pour en faire, mais que si j'y tenais absolument, elle pouvait sans problème m'envoyer à l'hôpital pour en faire une. Je lui ai dit que non, puisqu'elle pensait que c'était inutile, et puis que ma première expérience de l'hôpital ne m'incitait pas tellement à y retourner, vu le stress ambiant.

Vers 26 semaines de grossesse, j'ai commencé un cours de préparation avec une prof qui m'avait été recommandé par les sages-femmes. C'était la méthode Mensendieck : c'est basé sur des postures, c'est assez physique et l'idée me plaisait plutôt parce qu'il y a énormément de sortes de cours différents mais je trouve qu'en moyenne c'est un peu trop "soft", psycho etc. nous étions un groupe de 16 femmes, à peu près au même terme, ce qui était sympathique, parce qu'on pouvait discuter. La plupart des femmes avaient choisi d'accoucher à la maison, une penchait pour la polyclinique, mais quand la prof lui a expliqué que de toute façon une grande part du travail se ferait à la maison et qu'elle n'irait à la polyclinique que pour la fin, elle a finalement choisi la maison. En fait, elle avait peur de faire trop de bruit pour les voisins.

On faisait pas mal d'exercices de respiration, des exercices pour le périnée. et puis, Carita, la prof nous a expliqué comment ça allait se passer. Elle nous a dit qu'on aurait très mal, pas un peu, mais vraiment très très mal, et qu'il fallait qu'on apprenne à faire avec, à nous plonger dans la douleur. Vers la fin, il y avait une séance avec les maris, pour leur expliquer à eux aussi ce qui allait se passer, ce qu'ils auraient à faire, massage etc. Elle a bien insisté sur le fait que le mari devait absolument rester quoi qu'il se passe même si sa femme lui criait qu'elle voulait qu'il s'en aille.

Vers 8 mois, la sage-femme m'a expliqué comment repérer le début de l'accouchement, et à quel moment il fallait l'appeler. On a commencé à se préparer un peu : on a acheté un sac dans un centre de maternité avec différents accessoires, en particulier pour éviter de salir le lit et le sol. J'ai pris contact avec une organisation pour qu'ils me fournissent une aide maternelle, 5 heures par jour.

L'aide maternelle arrive en fin d'accouchement et vient aider la mère pendant une semaine après l'accouchement : elle s'occupe de la maison, du bébé et conseille la mère par exemple sur le chapitre de l'allaitement. Elle est prise en charge soit par la sécurité sociale, soit par les assurances privées.

Et puis, une nuit, je me suis réveillée vers 4 heures du matin et j'ai senti qu'il y avait quelque chose d'anormal. Les sages-femmes m'avaient dit: si vous vous posez la question de savoir si vous avez des contractions, c'est que vous n'en avez pas, mais là j'étais sûre que j'en avais. Ce n'était pas très douloureux, je me suis baladée un peu dans l'appartement et puis j'ai réveillé G. pour qu'il m'aide à mesurer la fréquence des contractions. Nous avons écouté de la musique, et pris le petit déjeuner. Vers 7 heures du matin, nous avons appelé la sage-femme qui a demandé à me parler. Elle m'a dit: "étant donné la manière dont vous discutez avec moi, je pense que ce n'est pas très avancé. Si vous voulez, je peux venir tout de suite, mais à mon avis ça peut attendre.". Du coup, on est allé faire un tour dans le parc à côté, et là, brutalement, ça a commencé

à me faire vraiment plus mal; j'étais un peu paniquée. Nous avons rappelé la sage-femme qui est venue. Elle m'a vue recroquevillée dans un coin de la pièce et elle a dit à G.: "OK, c'est parfait, j'aime bien voir ça." Elle m'a examinée et m'a dit que j'en étais déjà à 7 cm ; elle a aussi écouté le coeur du bébé avec un pinard et m'a dit que c'était parfait. Moi, j'étais déjà très mal, et je n'étais plus capable de faire autre chose que de me laisser submerger par la douleur. : j'avais très mal au dos ce à quoi je ne m'attendais pas vraiment. A un moment donné, je lui ai demandé si on ne pouvait pas aller à l'hôpital pour qu'il me fasse quelque chose pour la douleur, parce que je n'en pouvais plus. Elle m'a dit: "vous êtes sûre que c'est ça que vous voulez ? Vous êtes presque à dilatation complète, vous allez bientôt pouvoir pousser. Si on part maintenant, vous n'aurez même pas le temps d'être soulagée que votre bébé sera né." Je n'ai pas répondu, mais G. a dit qu'on restait à la maison et je dois dire que je lui suis a posteriori reconnaissante d'avoir pris cette décision.

Ils avaient beau m'encourager, me dire que tout allait bien, j'avais toujours aussi mal et je n'arrivais même plus à me souvenir de tout ce que j'avais appris pour ne pas trop souffrir et qui m'avait été un peu utile au départ; c'était plutôt la panique, je n'arrivais rien du tout à gérer. Ensuite, la poche des eaux s'est rompue, et ça a été encore plus violent après. j'ai commencé à ressentir le besoin de pousser, la sage-femme m'a aidée à m'installer sur son tabouret spécial avec G. assis derrière qui me tenait le dos. Quand on en est là, c'est un peu différent, ça fait toujours aussi mal, mais on a l'impression de voir le bout du tunnel. En fait, ça a duré encore assez longtemps, et je commençais à être découragée, probablement parce que j'étais fatiguée, j'avais l'impression que je n'arriverais pas à m'en sortir. J'ai commencé à dire des trucs incroyables à G.: qu'il fallait qu'il me sorte de là, que je ne recommencerais jamais, que je voulais plus de ce bébé. Il était un peu choqué mais il n'a pas trop réagi. Ensuite, la sage-femme m'a dit que la tête était juste là, elle a sorti un miroir pour que je puisse voir la tête ce qui m'a plutôt effrayée qu'autre chose. Et puis elle a continué à m'encourager et finalement, j'ai senti que le bébé sortait. Après je me suis mise à grelotter d'épuisement, la sage-femme m'a mis notre bébé sur le ventre, je ne savais pas trop quoi en faire, elle m'a dit au bout d'un moment que je pouvais essayer de le nourrir, et elle a donné des ciseaux à G. pour qu'il coupe le cordon. Ensuite, le placenta est sorti et la sage-femme nous a demandé si on voulait le garder.

Notre fils Joel était né à 2 heures de l'après-midi; la sage-femme est restée encore une heure et l'assistante maternelle était là pour l'après-midi. On était très fatigués, mais très excités et on a passé l'après-midi à appeler tout le monde pour annoncer la nouvelle. On a bu du champagne aussi, j'étais vraiment contente d'être à la maison.

Récit français

Quand j'ai su que j'étais enceinte, j'ai vu ma gynécologue qui m'a dit qu'elle n'était pas obstétricienne et qu'il fallait donc que j'aille moi-même m'inscrire dans la maternité de mon choix. Je lui ai demandé si elle pouvait me conseiller un hôpital, elle m'a indiqué l'hôpital X qui est une des grandes maternités de Paris. Là, on m'a dit que c'était trop tard, qu'il n'y avait plus de place sauf si je présentais une pathologie grave, ce qui

n'était heureusement pas le cas. Du coup, j'ai téléphoné à quelques amies qui avaient déjà eu des enfants. Deux d'entre elles avaient accouché à l'hôpital Y et en étaient assez satisfaites au moins en ce qui concerne le suivi médical ; une troisième avait accouché dans une clinique, apparemment, les conditions de confort étaient meilleures. Mais, bon... moi, je suis plutôt par principe pour le secteur public et puis c'était quand même plus coûteux. On m'a dit en plus qu'à l'hôpital Y, ils faisaient facilement des péridurales et qu'ils étaient bien équipés. Ils ont bien voulu prendre mon inscription et j'ai commencé les visites systématiques avec une sage-femme, qui m'a suivie tout au long de ma grossesse.

Ça se passait un peu toujours de la même façon : pesée, tension, analyse d'urine, et de temps en temps prise de sang. Là, j'ai trouvé qu'on ne nous donnait pas trop d'explication ; en particulier, ils font systématiquement le dépistage du SIDA. On m'a proposé de faire le test pour les anomalies génétiques avec la prise de sang. Quand je dis "proposé", c'est d'ailleurs un peu exagéré : ils m'ont informé qu'ils allaient faire ce test en me disant qu'en cas de problème ils me recontacteraient. La sage-femme était assez agréable, mais c'est vrai que les consultations sont courtes et qu'il vaut mieux préparer ses questions à l'avance si on veut avoir une chance de les poser. Face à mes questions, la sage-femme avait tendance à me renvoyer vers les séances de préparation ou les réunions d'information qui sont organisées par la maternité. Elle faisait là aussi un peu toujours la même chose, mesure de la hauteur utérine, examen, au bout de quelques mois, elle écoutait aussi les bruits du coeur du bébé avec un instrument qui est branché sur un haut-parleur, ce qui permet aux parents d'entendre aussi. J'ai eu trois échographies, dans un cabinet à l'extérieur, parce que le service échographie de l'hôpital est surchargé. Mon mari est venu pour la deuxième qui est censée être la plus intéressante.

Je suis allée à la réunion d'information sur la péridurale : au départ, j'étais fermement décidée à la demander et je voulais savoir un peu comment ça se passerait. L'anesthésiste a expliqué ce que c'était que la péridurale : il en a fait un tableau plus qu'attrayant. D'après lui, les risques d'accident sont extrêmement faibles : dans le cas où une césarienne est nécessaire, la péridurale évite d'avoir à faire une anesthésie générale qui est, paraît-il, beaucoup plus risquée. La plupart des femmes présentes à la réunion étaient pour la péridurale, et en particulier, une femme qui avait déjà deux enfants et qui avait fait les deux expériences, avec et sans péridurale, ce qui pour moi était assez concluant. Il y en avait quand même une qui était plus réservée et qui a dit qu'elle avait entendu quelque part qu'avec la péridurale les accouchements étaient plus longs et qu'il y avait plus de césariennes, de forceps etc. L'anesthésiste a dit que c'était bien maîtrisé aujourd'hui et que l'on donnait d'autres produits qui contrebalançaient l'effet de la péridurale qui avait effectivement tendance à ralentir la progression du travail. Moi, j'étais a priori toujours décidée.

Et puis je me souviens qu'au cours d'une soirée, il y avait un couple qui avait un enfant de quelques mois et je ne sais plus pourquoi, la discussion s'est portée sur la péridurale : elle, elle a dit qu'elle avait refusé la péridurale parce qu'elle voulait vivre "pleinement" son accouchement. Tout le monde la regardait avec des yeux ronds : "Comment peut-on dire ça ? Alors qu'on a enfin trouvé le moyen de lever la malédiction qui pèse sur les femmes !" Ça apparaissait vraiment comme quelque chose d'incongru :

en particulier, certaines femmes trouvaient que le fait de ne pas souffrir permettait justement de se concentrer sur l'événement de la naissance. Ça m'a un peu fait réfléchir ; je me suis dit que finalement, on a beaucoup d'idées reçues, et qu'après tout, les femmes de la génération précédente n'en faisaient pas tout un plat : ça a rendu les choses moins évidentes dans ma tête.

En dehors de cette réunion d'information, j'ai suivi des cours de préparation à l'accouchement chez une sage-femme libérale, parce qu'on ne m'avait pas dit grand bien des cours de l'hôpital. C'était très intéressant: elle expliquait les différentes phases de l'accouchement, on a appris quelques respirations pour mieux supporter la douleur, et aussi pour la phase d'expulsion.

Les jours précédant l'accouchement, j'ai eu vraiment la sensation que le bébé était très bas. Comme j'étais presque à terme, la sage-femme qui me suivait m'a proposé de déclencher l'accouchement : elle me disait que ça permettait de s'organiser mieux et puis, que de toute façon, si je dépassais la date prévue, c'est ce qui m'arriverait. Je n'étais pas très enthousiaste et heureusement, la nuit suivante, j'ai commencé à ressentir des contractions. J'avais bien l'impression que c'était régulier mais, seule, j'avais du mal à mesurer les intervalles de temps ; au bout d'un moment, j'ai réveillé mon mari. Quand les contractions se sont rapprochées, on est parti pour l'hôpital. Au départ, ils m'ont simplement mise dans une chambre avec un monitoring pour vérifier la régularité des contractions; au bout d'un moment une sage-femme est revenue pour voir l'enregistrement papier et elle nous a dit: "Bon, c'est effectivement un début de travail, vous allez monter en salle." Là, j'ai dû tout laisser, mes vêtements, mon sac, même le walkman que j'avais apporté, en pensant que la musique me permettrait de me détendre. On m'a mis une espèce de peignoir. Mon mari a eu droit lui aussi à un vêtement de protection et à des chaussons. A partir de ce moment là, on a l'impression de ne plus maîtriser grand chose. On m'a installée sur une table assez étroite et plutôt dure, ensuite, on m'a enfilé une large ceinture en filet très souple qui permet de maintenir les capteurs des monitorings. Ces capteurs sont reliés par des cables à des gros appareils de mesure, l'un pour les contractions et l'autre qui suit le rythme cardiaque du bébé. Il y a une machine qui trace sur du papier les deux courbes. Tout de suite quand le monitoring a été installé, on m'a dit de faire attention à ne pas trop bouger car ça peut gêner l'enregistrement : il fallait que je me débrouille pour que le voyant vert soit tout le temps allumé, si c'était le orange momentanément, ça pouvait encore passer, en revanche si c'était le voyant rouge, il fallait que l'on prévienne quelqu'un. Ca, c'était du côté gauche ; à droite, j'avais une perfusion. Inutile de dire que la liberté de mouvement est des plus réduites dans ces conditions. Et j'ai dû rester comme ça pendant dix heures sans compter les deux heures après l'accouchement où l'on garde encore la perfusion.

La sage-femme m'a tout de suite demandé si je voulais une péridurale ; j'ai dit que je voulais un peu attendre, ce qu'elle a accepté. Et puis, on s'est retrouvés seuls à attendre. La sage-femme repassait de temps en temps, peut-être toutes les demi-heures : elle m'examinait, me faisait examiner par une élève et trouvait que ça n'avancait pas très vite. Elle jetait aussi un coup d'oeil sur le monitoring, s'inquiétait de savoir si je n'avais pas trop mal. J'avais de plus en plus mal et puis, c'était tellement inconfortable sur cette table, sans pouvoir changer de position : je sentais que si j'avais pu me mettre sur le côté, plus en boule, je me serais sentie mieux, mais dès que j'esquissais le moindre

mouvement, le monitoring virait au rouge et il se trouvait toujours quelqu'un de passage, infirmière, sage-femme, qui jetait un coup d'oeil en entrouvrant la porte et me rappelait à l'ordre. J'avais très soif aussi et on m'avait interdit de boire dès que j'ai été en salle de travail.

Tout ceci, plus le fait que j'ai eu l'impression que je n'avais pas vraiment de soutien à attendre du personnel qui devait s'occuper de 4 ou 5 accouchements à la fois, fait qu'au bout de deux heures quand la sage-femme m'a redemandé si je voulais lapéridurale, je lui ai dit oui. L'anesthésiste a mis un certain temps à arriver. C'est vrai que très vite, on est soulagé, et je me rendais compte que pour mon mari c'était un soulagement aussi. Après, je ne sais pas pourquoi, la sage-femme était subitement pressée d'en finir ; elle a crevé la poche des eaux pour accélérer le travail. Et puis, au bout d'un certain temps, m'a dit que j'allais accoucher. Personnellement, je ne sentais pas grand chose. C'est elle qui m'a dit de pousser ; il y avait l'élève qui voulait absolument que je me mette dans une position qui ne me convenait pas du tout. Heureusement, la sage-femme lui a dit de me laisser tranquille, que je sentais mieux ce qui me convenait. A un moment donné, elle m'a dit d'arrêter de pousser ; elle n'a rien dit mais j'ai compris qu'elle était en train de faire une épisiotomie, mon mari était un peu surpris parce qu'il avait eu l'impression que le bébé était sorti... Ensuite, quand Laure est née, elles l'ont vaguement essuyée avec une sorte de papier et me l'ont posée sur moi : c'est un moment un peu bizarre où on découvre ce petit être mais on n'a pas vraiment l'impression qu'il est encore le nôtre ; on vous le donne et on vous le reprend presque aussitôt. Je me suis retrouvée seule - le père est apparemment réquisitionné pour donner le bain au bébé - à me faire recoudre. Mon mari est revenu avec Laure, nous avons attendu tous les trois le temps réglementaire pour avoir le droit de monter dans la chambre. Je n'ai plus du tout revu la sage-femme et le personnel qui se trouvaient en salle de travail. Globalement, je trouve que ça s'est bien passé : il n'y a pas eu de problème majeur. Mais c'est vrai que parfois on se demande pourquoi telle ou telle décision est prise ; et l'impossibilité de bouger pendant des heures, c'est très pénible. J'ai discuté récemment avec quelqu'un qui a accouché dans une clinique privée où ils sont beaucoup moins directifs : ils ne mettent pas systématiquement le monitoring et la perfusion, ils laissent la femme bouger, certaines salles sont même équipées d'une baignoire, ce qui, paraît-il, soulage beaucoup. Elle m'a dit que certaines maternités publiques proposaient des choses de ce genre : c'est vrai que ce n'est pas ce type de détail que l'on considère en priorité quand c'est le premier enfant ; on s'en remet un peu au jugement des autres, des médecins d'abord et puis des proches. On a tellement vu dans les médias par exemple l'idée que la péridurale, c'est vraiment formidable. La prochaine fois ? Je ne sais pas...

INTRODUCTION

Quand nous avons commencé ce travail, nous étions parties d'une caractérisation générale des pratiques obstétricales en France et aux Pays-Bas et nous nous étions appuyées sur des différences "macroscopiques" pour expliquer l'intérêt que nous trouvions à la comparaison de ces deux pays. En proposant ces deux récits, reconstruits à partir de récits réels, nous avons voulu montrer qu'au delà de la réalité statistique - 30% d'accouchements à domicile dans un pays, 99,5% d'accouchements à l'hôpital dans l'autre - les expériences individuelles de la naissance prennent des formes bien différentes d'un pays à l'autre. D'un certain point de vue, on peut dire que ce rapport essaiera de faire comprendre comment des narrations aussi contrastées peuvent être construites, ce qui implique d'aborder un grand nombre de points qui concernent aussi bien la nature du travail effectué par les sages-femmes, les formes d'organisation dans lesquelles elles inscrivent leur travail, l'utilisation des techniques, la place de la douleur dans l'accouchement etc.

Notre démarche au départ a été fondée sur un étonnement réciproque ; comment était-il possible qu'existent en cette fin de 20ème siècle, deux formes d'organisation aussi différentes, dans lesquelles l'utilisation des techniques soit si inégale et qui conduisent à des performances, en termes de mortalité et de morbidité, sinon équivalentes, du moins voisines, les meilleurs résultats étant d'ailleurs plutôt du côté des solutions moins instrumentées. Se pourrait-il que finalement l'effort de rationalisation technique soit en la matière globalement inefficace ?

Nous avons choisi d'emblée deux points d'entrée pour mener notre comparaison : nous souhaitions en premier lieu préciser la place et le rôle des technologies dans les pratiques obstétricales des deux pays. Ce point paraissait d'autant plus important que dans les deux pays, des mouvements contraires semblaient émerger, un mouvement allant vers une certaine médicalisation aux Pays-Bas, des controverses en France sur l'efficacité du système, et en particulier sur l'efficacité de ses composantes techniques. En second lieu, nous avons proposé de nous intéresser à la façon dont les femmes se représentent les systèmes de soins obstétricaux et dont elles évaluent leurs possibilités de choix et de négociation avec les acteurs impliqués. Nous retrouverons ces points tout au long de cette présentation, mais ils apparaîtront plutôt comme des résultats de l'enquête que comme des points de départ.

Dans ce travail préliminaire, nous nous sommes en effet donné comme objectif premier la caractérisation et la description des réseaux obstétricaux dans les deux pays. Pour cela, nous avons réalisé un travail bibliographique qui a porté sur des revues professionnelles comme sur des revues grand public, nous avons interviewé des sages-femmes, des médecins et des femmes et nous

avons assisté à plusieurs colloques et séminaires abordant ces thèmes. Pour dresser cette première cartographie, il nous a paru important de pouvoir identifier les différents royaumes, et d'en déterminer précisément les contours. C'est la raison pour laquelle, faisant fi des critères de représentativité statistique qui n'avaient pas grand intérêt pour notre approche, nous avons délibérément donné un poids relativement plus important à des pratiques "déviantes" par rapport au courant principal de l'obstétrique. Nous avons cherché à identifier les points de controverse qui nous permettent de positionner les différentes pratiques les unes par rapport aux autres.

L'ensemble du rapport est organisé autour de trois de ces controverses, probablement les trois controverses les plus importantes aujourd'hui : elles sont à la fois bien distinctes les unes des autres, mais comme nous le verrons au cours du rapport, non dénuées de liens. Nous commencerons notre itinéraire en nous intéressant à la sécurité de la naissance : suite à la publication, en France, de rapports demandés par le gouvernement sur ce thème, une polémique assez intense a vu le jour. Cette question de la sécurité préoccupe les politiques, car la France dont les dépenses de santé sont parmi les plus élevées au monde est aussi l'un des derniers pays développés dans le classement des performances périnatales. La réponse apportée par les experts s'appuyait essentiellement sur deux points : une augmentation des moyens techniques d'une part et d'autre part, une concentration de ces moyens par le biais d'une restructuration qui s'appuie sur la fermeture des petites maternités. Comme nous allons le voir, ces propositions ont fait l'objet de vives critiques et des discussions se sont développées autour des facteurs de sécurité, et du poids relatif des moyens techniques et des compétences humaines. Mais l'exemple néerlandais permet de repérer aussi ce sur quoi les acteurs en France s'accordent pratiquement tous : comme nous le verrons, l'organisation française s'appuie sur l'idée que tout accouchement est potentiellement risqué et donc que la sécurité tient essentiellement à l'équipement des maternités qui doit permettre de faire face à toute éventualité; l'équipement minimal admissible d'une maternité française est sans commune mesure avec l'équipement de la sage-femme néerlandaise qui travaille au domicile des parturientes. Car aux Pays-Bas, l'accouchement est considéré a priori comme un processus physiologique qui ne nécessite pas forcément d'intervention médicale ; la sécurité de la naissance repose alors sur un couplage approprié entre une femme et un niveau de soins : ce couplage est réalisé au travers d'une liste d'indications qui permet d'orienter les femmes, et qui, en même temps, définit la répartition des compétences entre sages-femmes et obstétriciens, laquelle recoupe à la fois des frontières "géographiques" (domicile/ polyclinique /hôpital) et des frontières techniques, puisque l'utilisation de certains instruments est réservée aux obstétriciens. Bien que les controverses soient moins vives aux Pays-Bas qu'en France, elles commencent à se développer autour de la fameuse liste d'indications et de la répartition des prérogatives des uns et des autres.

Partant de la constatation que la grossesse et l'accouchement sont considérés de manière très différente en France où l'on est toujours sur le fil de la pathologie et aux Pays-Bas où l'on fait l'hypothèse de la physiologie, nous nous

sommes intéressées dans un deuxième temps aux dispositifs de surveillance mis en place dans les deux pays. Il faut noter par ailleurs que c'est l'un des endroits où se sont concentrées depuis une vingtaine d'années un grand nombre d'innovations techniques. Nous verrons qu'en suivant le fil de la surveillance, il est possible de dégager deux modèles très différents de ce que sont en pratique les accouchements en France et aux Pays-Bas. Le modèle français de la co-action se caractérise par le fait que l'accouchement est un acte collectif dans lequel la répartition de l'action et sa coordination sont effectuées en partie par l'intermédiaire des dispositifs techniques de surveillance : d'un certain point de vue, les polémiques qui existent autour de la nécessité et de l'efficacité de ces dispositifs ratent ce point essentiel. Aux Pays-Bas, le modèle dominant de la naissance physiologique semble être un modèle de communion, dans lequel prédomine la mise en rapport directe - presque sans intermédiaire technique - des corps des différents intervenants (femme, compagnon, sage-femme), afin d'apporter un soutien à la femme qui est considérée comme le principal acteur de l'accouchement. Nous verrons aussi que les polémiques liées aux dispositifs de surveillance se développent dans deux directions distinctes, une direction "pragmatique" : certains mettent en avant les inconvénients associés (immobilisation de la femme, augmentation des interventions, etc.), et une direction "théorique" : on fait alors appel à des recherches très fondamentales pour redéfinir les processus en cours dans l'accouchement et montrer que les dispositifs de surveillance entravent son déroulement normal.

Cette ligne d'argumentation est reprise dans le dernier débat que nous aborderons et qui concerne la douleur de l'accouchement et son traitement éventuel. Nous verrons d'abord comment la façon dont la douleur est considérée et traitée dans les deux pays peut être mise en relation avec les modèles d'accouchement que nous avons identifiés dans la partie précédente. La péridurale nous paraît un point central dans l'évolution possible des différents systèmes : en France, sa généralisation est susceptible de stabiliser les dispositifs de surveillance en les rendant à la fois indispensables et supportables ; aux Pays-Bas, elle menace le système de la naissance car elle bouscule la frontière établie entre pathologie et physiologie, frontière qui se superpose aux frontières professionnelles et institutionnelles. Enfin, la péridurale pose de front la question de la "demande" des femmes, de son émergence et des modalités de son expression, puisque dans les deux pays, les praticiens arguent de cette demande pour justifier ou expliquer le recours croissant à la péridurale. Nous concluons en identifiant un certain nombre de points qui nous paraissent mériter plus ample analyse.

Partie I

RISQUES ET SÉCURITÉ DE LA NAISSANCE

En France, "un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance et certaines complications (certes rares mais graves) peuvent survenir sans que rien ne permette de les prévoir. Cette considération justifie que la naissance ait lieu dans un endroit où l'on dispose 24 heures sur 24 d'un bloc opératoire (de préférence au même étage que la salle de naissance). De la même manière, il faut que les accouchements se passent à un endroit où l'on trouve en permanence une sage-femme, un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre."¹ Les débats sur la naissance en France se sont ces dernières années concentrés sur cette question de la liste des conditions (en personnel et moyens) nécessaires afin d'assurer la sécurité de la naissance.

Aux Pays-Bas, "la grossesse et l'accouchement sont des processus naturels qui peuvent avoir lieu à la maison sans intervention, sous la surveillance d'un professionnel (sage-femme ou parfois généraliste)."² Cette conception de la naissance et les pratiques qui y sont associées pourront-elles survivre dans un monde où l'obstétrique est de plus en plus "technologisée" ? C'est en tout cas la question qui suscite les plus vifs débats aux Pays-Bas.

Dans ces deux pays, existent donc des conceptions et des pratiques très différentes en matière de naissance ; chacune de ces conceptions revendique un haut niveau de sécurité pour la mère et l'enfant, et peut étayer sa position par d'importantes études épidémiologiques. Évidemment chacune de ces études est critiquée par les tenants des positions adverses - car dans chaque pays, les conceptions, fussent-elles dominantes, n'échappent pas à la contestation - en général sur des points de méthode. Et même lorsque les statistiques ne sont pas remises en cause, l'interprétation en termes de politique sanitaire est directement liée aux présupposés de l'auteur : ainsi, les taux relativement élevés de mortalité infantile et maternelle en France débouchent-ils sur des conclusions assez différentes selon les auteurs. Pour certains, ces chiffres appellent un renforcement des moyens médicaux qui ne peut s'effectuer que dans le cadre d'une concentration des investissements sur des structures de grande taille et d'une suppression des petites unités de soins. Pour d'autres, au contraire, il faudrait développer les structures de proximité, les seules capables

¹ Nisand, I., 1994, "Démédicaliser ou humaniser?", *Les dossiers de l'Obstétrique*, n°213.

² Spanjer, J. et alii (ed.), 1994, *Bevallen en Opstann*, Amsterdam : Contact, p.12.

de suivre efficacement les grossesses et de prévenir les problèmes en opérant une bonne sélection des cas à risques. Aux Pays-Bas, certains insistent sur le faible taux de la mortalité infantile et maternelle pour démontrer l'efficacité de l'organisation néerlandaise basée sur l'accouchement à domicile. D'autres considèrent non la valeur absolue de ces taux, mais leur évolution pour montrer que leur baisse coïncide avec une augmentation des accouchements en milieu hospitalier. Les études épidémiologiques apparaissent donc difficiles à interpréter et à utiliser pour orienter la décision publique. Elles sont même parfois difficiles à réaliser, car il semble qu'en France, les médecins refusent de participer aux études en double aveugle, destinées à mesurer les effets de certaines interventions ou certaines mesures durant la naissance : ils considèrent que le groupe de femmes à qui l'on ne fournirait pas, par exemple, un monitoring en continu serait privé d'un éventuel supplément d'efficacité.³ Faut-il mettre cette attitude en rapport avec la crainte de poursuites judiciaires et l'éventuel mobilisation d'une notion juridique telle que "la perte d'une chance" ? En tous cas, le poids du médico-légal qui est plus ou moins mis en avant par les différents interlocuteurs mérite d'être évalué.

Aux Pays-Bas, les obstétriciens sont en principe d'accord avec l'idée selon laquelle la naissance est d'abord un processus physiologique, mais ils contestent le fait que les sages-femmes aient la responsabilité de déterminer si telle ou telle grossesse ou tel ou tel accouchement est pathologique ou normal. Certains d'entre eux avancent même l'idée que toutes les primipares devraient accoucher à l'hôpital, dans la mesure où un premier accouchement leur paraît de toute façon une situation à risque.

Il semble donc que la forme et les résultats des études épidémiologiques soient liés à l'organisation et aux pratiques dominantes dans chaque pays. Un certain nombre de questions mériteraient une investigation plus approfondie, qui permette en particulier de préciser le rôle joué par l'épidémiologie dans l'organisation des pratiques hospitalières et des politiques publiques.

Dans ce premier rapport, nous essayerons de nous placer en quelque sorte en amont de ces questions, en revenant sur les notions même de "risque" et de "sécurité" et en essayant de montrer comment elles sont constituées dans les deux pays.

³ Par exemple, dans (Bréart, G. et J. Bouyer, 1991, "Méthodes épidémiologiques en évaluation", *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, n°39), on peut lire : "D'autres circonstances conduisent aussi à s'éloigner du schéma idéal de l'essai avec tirage au sort individuel :

- difficulté, voire impossibilité, de trouver un groupe témoin parce que la technologie est très répandue ; parce qu'on est convaincu, sur la base de la bibliographie et d'études antérieures, que le nouveau traitement est meilleur et qu'il n'est pas éthique de tirer au sort..." Cette "conviction" est assez variable selon les pays puisqu'en Grande-Bretagne par exemple des études de grande ampleur ont été réalisées sur le monitoring (avec comparaison de femmes "bénéficiant" de cette technique et de femme n'en bénéficiant pas) de l'accouchement qui n'ont apparemment pas leur équivalent en France où cette technique est utilisée probablement dans 90% ou plus des accouchements.

Les deux citations qui introduisent cette partie permettent déjà d'opérer une première distinction fondamentale : en France, toute grossesse, tout accouchement sont potentiellement risqués et il n'y a aucun moyen permettant d'éliminer de façon radicale ce risque ; dans cette optique, la sécurité ou l'insécurité est liée à l'ensemble des moyens, humains et techniques, dont disposent les établissements et la réflexion politique ne peut porter que sur la détermination de ces moyens et leur allocation aux différents types d'établissements. Aux Pays-Bas, les femmes sont, sauf preuve du contraire, supposées en bonne santé, et dans ces conditions pouvoir mener à bon terme la grossesse et l'accouchement. Assurer la sécurité, c'est donc dans ce contexte être capable de réaliser une bonne correspondance entre une femme donnée et un lieu (domicile-polyclinique/ hôpital) sachant qu'un lieu implique une définition des professionnels qui prennent en charge les processus et certains types de moyens. En effet, un accouchement à domicile, en polyclinique (c'est-à-dire à l'hôpital, mais sans utilisation de moyens techniques autres que ceux disponibles à domicile), en maison de naissance (établissement indépendant qui s'apparente à un hôtel spécialisé) est toujours surveillé par une sage-femme ou un généraliste et ne peut bénéficier que d'un équipement sommaire (un petit appareil pour suivre les battements cardiaques du fœtus, de quoi faire et suturer une épisiotomie, une bouteille d'oxygène, pas de monitoring, pas de forceps, pas de péridurale, ni de perfusion). Un accouchement à l'hôpital est obligatoirement surveillé par un médecin et se déroule dans un environnement similaire à celui d'un accouchement à l'hôpital en France.

Partant de cette première distinction fondamentale, il n'est pas étonnant de voir que les débats sur ces questions de sécurité ne peuvent pas porter sur les mêmes objets dans les deux pays, même si dans chacun des deux pays, il existe toute une gamme de positions.

La politique de la sélection aux Pays-Bas

Lorsqu'une femme est enceinte, elle se rend chez son généraliste ou directement chez une sage-femme. Le généraliste est supposé l'orienter vers un cabinet de sages-femmes s'il existe, et dans le cas contraire, il ou elle suivra sa grossesse et l'assistera lors de son accouchement. Pendant la grossesse, les visites de contrôle sont au nombre de 12 à 15 et comportent un certain nombre d'examen sur lesquels nous reviendrons dans la partie consacrée à la surveillance. Il importe ici de noter que ces examens ont un double objectif, vérifier que tout est normal et détecter des pathologies à partir de critères explicitement définis. Pour cela, les sages-femmes utilisent la liste d'indications obstétricales (Verloskundige Indicatie List, VIL) : ce document fait l'inventaire d'un certain nombre de maladies ou de troubles divers qui peuvent faire partie du passé médical et obstétrical de la femme enceinte, ou qui sont susceptibles de se déclarer lors de la présente grossesse, lors de l'accouchement ou en post-partum. Cette liste est le résultat d'un long processus qui a démarré en 1941,

lorsque l'on a décidé que seuls seraient remboursés par la sécurité sociale les soins dispensés par une sage-femme, à l'exception de deux cas : lorsqu'il n'y a pas de sage-femme à proximité ou lorsqu'existe une raison médicale qui suppose une prise en charge par un médecin. Dans les années 1960, les résultats médiocres en matière de mortalité périnatale ont failli remettre en cause ce système ; et, c'est surtout grâce aux efforts considérables du Pr Kloosterman, professeur de gynécologie à l'université d'Amsterdam et directeur de l'école des sages-femmes d'Amsterdam, que cette pratique basée sur la prééminence de la physiologie a pu survivre. Cette controverse déboucha en particulier sur la VIL, comme procédure institutionnalisée et officielle de sélection des grossesses et des accouchements à risque et alternative à une hospitalisation générale de toute l'obstétrique.

LA VIL OU COMMENT TRIER LES FEMMES ET LES PROFESSIONNELS

On considère que l'efficacité du système néerlandais est due en partie à cette institutionnalisation des procédures qui permettent d'effectuer la sélection entre physiologie et pathologie. Partage qui recoupe les divisions professionnelles, puisque les sages-femmes sont censées s'occuper de la physiologie alors que les obstétriciens se voient confier des grossesses et des accouchements pathologiques, et qui s'inscrit dans une répartition des moyens techniques, puisque comme nous l'avons mentionné, les sages-femmes n'ont le droit d'utiliser qu'un faible nombre d'instruments. La question de ce que fait perdre en termes de sécurité cette faiblesse de moyens n'est pas éludée, et, à la différence de ce qui se passe en France, elle est aussi mise en rapport avec la question symétrique de ce que fait perdre le recours systématique à des moyens lourds. Ainsi, lors d'un accouchement surveillé par une sage-femme, le rythme cardiaque de l'enfant n'est pas enregistré en continu, mais seulement écouté de façon intermittente par la sage-femme. Ceci implique que :

"il peut arriver que nous rations un enfant qui va très mal. Mais avec une bonne grossesse, un bon bilan sanguin, cela n'arrive pas si souvent, peut-être une fois tous les dix ans, c'est sûr que c'est une fois de trop. À partir de là, on peut conclure que, pour cette femme, ça se serait mieux passé à l'hôpital. Et c'est inévitable que des choses de ce genre arrivent. C'est inhérent à notre système : nous n'utilisons pas toutes les techniques disponibles pour tout le monde. Parce que cela impliquerait trop d'interventions, trop de traumatismes, et trop de problèmes. Et parfois quand, à l'hôpital, je les vois à l'œuvre sur une femme et que je vois que, malgré cela, cela ne se passe pas bien, je me dis : nous nous serions mieux débrouillées. Mais je ne peux pas le démontrer, comme eux le font à notre égard : ils font quelque chose là où nous ne faisons rien. Mais nous, nous récupérons toutes ces femmes hystériques qui sont rendues folles par tout ce que les médecins leur ont fait." (entretien sage-femme néerlandaise)

En dehors de ces femmes qui traversent la grossesse et l'accouchement sans le moindre pépin, le repérage par la sage-femme d'un trouble ou même simplement le fait qu'elle ait un doute sur une femme donnée, peut amener cette femme à l'une des trois configurations suivantes.

Si cette femme souffre d'un trouble classé A dans la VIL, comme par exemple un antécédent de forceps lors d'un précédent accouchement, une hernie discale antérieure à la grossesse, une hépatite Bs-Ag etc. elle sera suivie par une sage-femme. Ces femmes peuvent choisir d'accoucher à la maison ou à l'hôpital (polyclinique) et de la manière qu'elles souhaitent. Comme les femmes sans problèmes particuliers, elles ne peuvent en principe pas choisir quel type de professionnel (obstétricien/ sage-femme ou généraliste) accompagnera leur accouchement. Après des débats mouvementés dans les années 70 et 80, les sages-femmes accompagnées de leurs clientes se sont vues accorder l'accès aux maternités hospitalières qui étaient auparavant réservées aux cas pathologiques. Un accouchement de ce type est dit "de polyclinique" si aucun soin continu spécialisé n'est nécessaire durant l'accouchement ou immédiatement après celui-ci et si la parturiente quitte l'hôpital dans les 24 heures après son arrivée.

Dans le cas des "troubles" classés B - problèmes cardiaques, anémie, troubles psychiatriques, antécédent de mort in utero ou périnatale, primipare de plus de 35 ans, multipare de plus de 40 ans etc. - la sage-femme doit consulter un obstétricien ou envoyer sa cliente à une consultation obstétricale et au vu des résultats, elle décidera soit de continuer à suivre la femme, soit de la "référer" à un spécialiste pour la suite de la grossesse et l'accouchement. Dans le cas où la femme est suivie par un spécialiste, elle ne peut plus choisir son lieu d'accouchement qui est nécessairement l'hôpital.

Quant aux troubles classés C - antécédents de césarienne, diabète, terme dépassé, grossesse multiple, signes de détresse fœtale, absence de progression du travail, etc.- ils impliquent que la sage-femme confie obligatoirement sa cliente à l'obstétricien. Elle se trouve donc prise en charge par ce que l'on appelle le deuxième échelon de soins.

Une des caractéristiques de la VIL est constituée par le fait qu'elle comprend aussi bien des pathologies antérieures à la grossesse, des pathologies se déclarant en cours de grossesse ou en cours d'accouchement, voire même ensuite. Il est donc postulé une forme de continuité entre ces différentes phases, ce qui a deux conséquences importantes. La première se traduit sous la forme d'une contrainte organisationnelle : à tout moment, même lors de l'accouchement, la sage-femme peut et doit réorienter la femme vers le gynécologue si la situation l'exige ; ce qui signifie qu'il n'y a pas d'opposition comme c'est le cas en France entre l'hôpital et le domicile, mais une continuité forte. Même dans le cas d'un accouchement prévu à l'hôpital, sous le régime de la polyclinique, le transfert à l'hôpital n'aura lieu que pour la phase finale de l'accouchement. L'existence de toute une série de petites controverses sur la nature de cette continuité constitue la deuxième conséquence liée au contenu de la VIL : ainsi les sages-femmes contestent qu'une femme ayant un antécédent de césarienne doive nécessairement être suivie par un obstétricien durant toute la durée de la grossesse.

"Personne ne pourra vous expliquer ce qu'un gynéco peut faire de plus que nous à 28 semaines. Si une femme a déjà eu une césarienne, nous l'envoyons en

consultation chez un obstétricien à 28 semaines et si tout se passe bien, nous la suivons jusqu'à 36 semaines. Les visites que fait l'obstétricien ne contiennent rien de plus que ce que nous faisons. Et quand nous les envoyons à 28 semaines, nous ne les envoyons pas n'importe où, à l'hôpital X où on leur dirait : "vous auriez dû venir plus tôt avec tous les risques que vous courez !!" Nous les envoyons à un obstétricien que nous connaissons qui travaille à l'hôpital universitaire." (entretien sage-femme néerlandaise)

De la même manière, le classement en B d'une primipare de plus de 35 ans est contesté :

"Une primipare de 37 ans en bonne santé n'a pas de raison d'avoir un accouchement plus difficile qu'une primipare de 29 ans." (entretien sage-femme néerlandaise)

Mais la controverse la plus vive concerne la répartition des prérogatives entre l'obstétricien et la sage-femme et le fait que ce soit cette dernière qui décide de l'orientation de la femme dans telle ou telle ligne de soins. Ce point est contesté par la Société des Gynécologues-Obstétriciens qui a refusé pour cette raison de reconnaître la VIL. Ils souhaiteraient que, de consultant, l'obstétricien passe décideur et effectue cette orientation.

Il apparaît donc que les notions de "risque" et de "sécurité" sont des catégories complexes à l'intérieur du système hollandais. Elles sont attribuées à des combinaisons spécifiques associant une femme, des procédures médicales, des professions et des moyens techniques définis par une structure de soins. Une femme à bas risque est supposée être en parfaite sécurité à domicile avec une sage-femme alors qu'une femme à risque élevé ne le sera que dans un hôpital, prise en charge par un obstétricien. On pourrait aussi soutenir que cette intrication est ce qui fait la force et la relative stabilité du système néerlandais : c'est parce que la division entre normal et pathologique est inscrite dans la définition des professions, des lieux et des moyens et que l'ensemble du système offre des performances équivalentes à celles qui sont observées dans les autres pays, que ce système semble perdurer malgré les tentatives de certains acteurs de le convertir au modèle dominant des pays dit développés.

L'HÔPITAL ET LES TECHNIQUES, FACTEUR DE RISQUE OU DE SÉCURITÉ ?

En effet, les controverses ne sont pas absentes de la scène néerlandaise et portent en particulier sur la question de savoir si les femmes à bas risque ne seraient pas encore plus en sécurité si elles étaient prises en charge par le second échelon de soins. Certains mettent en avant la coïncidence entre la baisse de la mortalité périnatale et la progression du nombre des accouchements en régime "polyclinique" : on remarquera d'ailleurs que ce régime rompt d'un certain point de vue avec la cohérence du système, le terme de "polyclinique" constituant simplement une tentative sémantique pour réinstaller cette équivalence entre statut de la femme, profession, moyens **et lieu**, puisqu'en pratique ce type d'accouchement se déroule dans les mêmes

lieux qu'un accouchement dit pathologique. Pour passer de la coïncidence à la relation causale, on insiste alors sur la possibilité qui existe en polyclinique de mobiliser rapidement des moyens techniques qui sont supposés augmenter le niveau de sécurité.

A l'inverse, d'autres acteurs insistent sur le fait qu'une fois entre les murs de la maternité, une femme "normale", venue accoucher en régime "polyclinique" court beaucoup plus le risque d'avoir à subir une intervention médicale que si elle était restée chez elle. Dans cette optique, il n'y a plus de relation causale entre la baisse de la mortalité périnatale et la progression du nombre des accouchements en régime "polyclinique", mais une relation entre la naissance en hôpital et l'augmentation du nombre de cas "pathologiques". Les femmes en bonne santé auraient donc a priori intérêt à rester chez elles. Il semble en effet que les obstétriciens aient du mal à ne pas intervenir et à laisser l'accouchement suivre son cours. Bien que l'obstétrique néerlandaise soit caractérisée par une attitude plutôt non-interventionniste, ici aussi le taux d'interventions est en augmentation : le pourcentage de césariennes est passé de 7,3% en 1990 à 8,2% aujourd'hui. L'attitude non-interventionniste est due en partie à l'énorme influence du Pr Kloosterman : lorsqu'en 1966, il est apparu que les Pays-Bas avaient perdu leur position de leader en matière de périnatalité au profit de pays dans lesquels les accouchements avaient lieu à l'hôpital, Kloosterman et d'autres ont tout fait pour montrer que cette position pouvait être regagnée sans pour autant hospitaliser systématiquement la parturiente. Et c'est à partir du manuel de Kloosterman que la VIL a été établie. Aujourd'hui encore, les obstétriciens qui ont fait leurs études avec Kloosterman conservent cette attitude non-interventionniste. Mais cette approche semble perdre du terrain. Les obstétriciens expliquent avec ardeur que l'augmentation des accouchements pris en charge par le deuxième échelon de soins est lié à une augmentation de la pathologie "réelle". Les différences observées entre les établissements et entre les obstétriciens nuancent au minimum cette affirmation. Ce rapport et d'autres études suggèrent que les bases de l'obstétrique ne sont pas complètement fixées et peuvent varier en fonction de la manière dont les instruments sont utilisés.

"Vous voyez un très mauvais rythme cardiaque, vous courez à la salle d'opération pour une césarienne, et ça se termine par un bébé en train de crier qui est en parfaite santé. Le rythme cardiaque n'est pas toujours un bon indicateur d'un défaut d'oxygénation. Un bon rythme implique que l'enfant va bien, mais la réciproque n'est pas vraie. Les hôpitaux qui utilisent la surveillance du rythme cardiaque en continu font trop de césariennes !" ⁴

Ce point de vue n'est en fait pas spécifiquement hollandais et la controverse quasi-internationale qui porte sur l'efficacité des moyens de surveillance est loin d'être close comme nous le verrons dans la partie consacrée à la surveillance.

⁴ Maria Pel citée dans de Boo, M., 1995, "Keizersnede steeds vaker toegepast", NRC, 22 juin 1995.

LE GLISSEMENT DU SYSTÈME HOLLANDAIS : DES FAISCEAUX DE PETITES RAISONS

Bien que le système hollandais n'ait pas subi de transformation radicale ces dernières années, un mouvement se dessine sur le long terme en direction de l'hospitalisation et de la pathologisation de la naissance. Il y avait 80% d'accouchements à la maison dans les années 1950, contre seulement 31% aujourd'hui et le pourcentage de naissances considérées à haut risque augmente régulièrement. En 1991, 55% des naissances se font sous la responsabilité d'un obstétricien, alors qu'elles n'étaient que 28% en 1970.

Les explications "conjoncturelles"

Plusieurs explications sont données à ce phénomène. Certaines ne remettent d'ailleurs pas en cause le fonctionnement du système hollandais : ainsi, l'élévation de l'âge moyen des femmes enceintes conduit à un glissement de la clientèle vers les obstétriciens - bien que, comme nous l'avons mentionné plus haut, ce critère de l'âge soit contesté par certaines sages-femmes. L'âge (plus de 35 ans pour une primipare, plus de 40 ans pour une multipare) est une indication de type B c'est-à-dire que, normalement, elle entraîne une simple consultation chez l'obstétricien qui doit renvoyer la femme vers la sage-femme s'il ne constate aucun problème particulier. En pratique, une grande part de ces femmes restent suivies en milieu hospitalier. Il y a plusieurs hypothèses pour expliquer cet état de fait : il est possible que les femmes plus âgées présentent davantage de troubles que les plus jeunes, ou que les troubles que l'on considère bénins pour une femme plus jeune soient pris davantage au sérieux pour une femme plus âgée, ou encore que ces femmes fassent pression pour "bénéficier" d'une indication médicale qui leur permette d'être suivies par un obstétricien, ou même que l'utilisation de certaines technologies dans un milieu professionnel organisé autour de la détection et du traitement des pathologies conduise à augmenter le taux observé de "pathologies." Martin⁵ note que l'utilisation de l'échographie pendant la grossesse a conduit à l'émergence de nouveaux critères décrivant la croissance fœtale normale, et donc aussi à une nouvelle définition de ce que sont les troubles de croissance.

Cette question de la relation entre certaines technologies et la redéfinition des pratiques qu'elles entraînent nous paraît mériter une étude plus approfondie, susceptible de prendre un relief particulier dans le cas d'une recherche comparative, puisqu'il est alors possible de mettre en évidence la manière dont à l'inverse les organisations et les pratiques peuvent conduire à des utilisations spécifiques des dispositifs.

L'augmentation des traitements de l'infertilité constitue une deuxième raison invoquée pour expliquer ce glissement de la clientèle : cette augmen-

⁵ Martin, E., 1987, *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston : Beacon Press.

tation serait elle-même liée à la diminution de la fertilité en fonction de l'âge, à l'impatience des femmes qui ont moins envie à d'attendre deux ans pour voir "si ça marche tout seul" à 38 ans qu'à 25 ans, ou même à l'offre grandissante de traitements. Certains de ces traitements conduisent à des grossesses multiples qui sont automatiquement suivies par des obstétriciens. Mais une part importante des grossesses simples résultant de ces traitements restent suivies par les obstétriciens, ce qui est peut-être dû à l'idée que ces grossesses sont précieuses et que le déploiement des moyens à la disposition des obstétriciens n'est alors pas un luxe inutile. Les obstétriciens eux-mêmes ont tendance à essayer de capter cette clientèle :

"J'ai eu une insémination artificielle, qui a été effectuée à l'hôpital après toute une série d'examens poussés. Le gynécologue m'a conseillé de poursuivre ma grossesse sous sa surveillance. Je lui ai demandé pourquoi et il m'a répondu : "et bien, vous savez, c'est une grossesse à laquelle tout le monde tient, et vous seriez mieux suivie ici." Mais il n'a pas été capable de me donner des raisons plus précises. Du coup, j'ai été voir un autre gynéco qui m'a dit : "si vous voulez être suivie par une sage-femme, allez-y. Nous ne ferons pas autre chose que ce qu'elle fera. Vous avez une grossesse normale et si vous restez avec moi, vous allez vous retrouver au milieu de cas pathologiques et ça ne va peut-être pas trop vous plaire." C'est ce que j'ai fait, mais je me suis dit après coup que si j'avais été un tout petit plus inquiète, je serais certainement restée à l'hôpital." (entretien femme néerlandaise)

Enfin, il semble qu'un nombre plus élevé de femmes soient amenées à l'hôpital par leur sage-femme durant l'accouchement et confiées aux obstétriciens sous l'indication "insuffisante progression dans le travail ou l'expulsion". Wiegers & Berghs⁶ notent qu'au début des années 90, dans une des provinces néerlandaises, 35% des femmes ont été transférées sous ce motif, ce qui représente une proportion extrêmement élevée.

Des raisons "de fond" ?

En dehors de ces trois premiers motifs de glissement qui ne sont pas liés à une critique, un refus ou une défaillance de l'organisation hollandaise, d'autres raisons sont invoquées qui menacent plus directement le système : ce peuvent être des raisons "politiques" - l'insuffisance de moyens alloués pour permettre au système de perdurer - des raisons "sociales", liées à ce qui est interprété comme une transformation des femmes et de leurs désirs.

Le gouvernement est accusé d'une ambiguïté ou, à tout le moins, d'un manque de cohérence dans sa politique : officiellement, il est un fervent partisan du système actuel basé sur la physiologie. Mais les écoles de sages-femmes n'auraient pas les moyens de former suffisamment de jeunes praticiennes pour que cette profession soit capable d'opérer la sélection sur 100% des grossesses, comme le voudrait le schéma théorique. De façon parallèle, on considère que l'accouchement à domicile ne peut survivre qu'à condition de maintenir l'institution de l'aide maternelle : celle-ci vient aider la femme

⁶ Wiegers, T. et G. Berghs 1994, *Bevallen... thuis of poloklinisch ?*, Utrecht : Nivel.

pendant 8 jours à domicile et cette prestation est entièrement prise en charge par la sécurité sociale. Or, les subventions gouvernementales à la Croix Verte, l'organisation qui prend en charge ce suivi post-natal, ont été diminuées de façon drastique. Certains dénoncent donc ce qu'ils considèrent comme un paradoxe de la politique gouvernementale, à savoir une volonté affichée d'augmenter le taux des accouchements à domicile et une restriction des moyens qui va en sens opposé des objectifs officiels.

Par ailleurs, le "libre choix" laissé aux femmes entre la polyclinique et le domicile semble conduire les femmes à choisir de plus en plus la polyclinique, en dépit ou, certains disent, à cause du fait que les accouchements en polyclinique ne sont pas intégralement remboursés à la différence des accouchements à domicile. Dans les grandes villes en particulier, les femmes immigrées choisissent majoritairement l'hôpital. Si l'on en croit les sages-femmes, elles considèrent l'accouchement à domicile comme une pratique anti-moderne à l'opposé de l'accouchement à l'hôpital, indissociable du niveau élevé de développement de leur pays d'accueil. Le fait d'avoir à payer est alors vécue de manière positive, comme le signe d'un certain niveau de vie. Mais, des femmes néerlandaises, elles aussi, choisissent la polyclinique davantage qu'elles ne le faisaient quelques années plus tôt : certaines parce qu'elles considèrent que la sécurité y est meilleure, d'autres parce que leurs maris ont peur de ne pas supporter la vue du sang, d'autres encore parce qu'elles n'aimeraient pas tout ce "bazar" à la maison, ou parce qu'elles pensent qu'elles ne seront pas à l'aise chez elles.

Quelles que soient les raisons pour choisir la polyclinique, une fois à l'hôpital les femmes acceptent plus facilement les interventions qu'à domicile :

"ça a un rapport avec le stress qui est induit par l'hôpital lui-même, mais aussi peut-être avec nous, sages-femmes. Si une cliente accouche là, et si je viens pendant un quart d'heure et que je la laisse, elle demandera plus vite une assistance médicale que si je reste une heure et que je lui laisse le temps de réaliser qu'elle peut s'en sortir toute seule" (entretien sage-femme néerlandaise)

Comme nous l'avons déjà mentionné, les accouchements à la polyclinique conduisent à un taux plus élevé de "références" aux obstétriciens et d'interventions que des accouchements comparables ayant lieu à domicile.⁷ S'agit-il d'un effet d'une auto-sélection des femmes qui choisissent la polyclinique ? Ou de la proximité des techniques médicales qui facilite leur utilisation ? Dans les entretiens que nous avons effectués, ces diverses interprétations sont proposées ou critiquées sans que rien ne permette en l'état actuel de trancher le débat.

De plus, certaines femmes "sur-informées" se mettent à vouloir accéder aux nouvelles techniques de diagnostic. L'échographie en est un exemple particulièrement frappant nous reviendrons dans la suite sur la manière dont cet examen est intégré dans les pratiques néerlandaises. L'échographie, tout comme n'importe quel nouvel instrument de mesure, conduit à déplacer et plus

⁷ Damstra-Wijmenga, 1982

encore à transformer la nature de la frontière entre processus normaux et processus pathologiques : comment l'obstétrique néerlandaise peut-elle intégrer cette technique alors que toute son organisation est basée sur une séparation assez rigide entre normal et pathologique, séparation qui fonde la division des compétences professionnelles et des instruments ? Pour les sages-femmes, répondre à cette question est assez compliqué. Tout d'abord, doivent-elles utiliser les nouvelles techniques de diagnostic ? D'un côté, elles évitent de perdre le contrôle sur leurs clientes, de l'autre, elles risquent d'augmenter le nombre de pathologies déclarées qui, autrement, seraient restées invisibles, sans que ce soit forcément dommageable d'ailleurs. Du coup, elles contribueraient elles-mêmes au mouvement de "pathologisation" de la grossesse et de l'accouchement.

Par ailleurs, la prohibition de l'instrument est devenue presque un titre de gloire des sages-femmes et de l'obstétrique hollandaises. Elles n'ont que leurs mains, quelques petits instruments, leurs sens, leurs compétences sociales et leurs compétences techniques définies comme la capacité à n'agir qu'en cas de "réelle" nécessité.

"Nous travaillons aussi bien que nous le pouvons, avec des limitations strictes, comme le fait de ne pouvoir donner de médication... de temps en temps, on aimerait pouvoir le faire : une petite perfusion pour améliorer les contractions ou soulager un peu la douleur. Mais on ne peut pas et c'est très bien. Cela conduirait à passer la frontière, à commencer à admettre que l'accouchement c'est un peu une pathologie. C'est ce qu'ils font dans les hôpitaux : "donnez-lui un petit truc pour la douleur. Mais nous n'avons rien à part nos mains. Aussi, quand il y a quelque chose, il faut qu'on y aille. Et on peut faire la conversation pendant un quart d'heure, juste pour créer le lien, la confiance. C'est un avantage que nous ne puissions intervenir." (entretien sage-femme néerlandaise)

Comment l'esprit du système hollandais pourrait-il être préservé si les sages-femmes se mettent à utiliser l'échographie, selon quel principe alors refuser d'autres instruments de diagnostic ? Mais si elles ne le font pas, elles laissent d'autres professions prendre un ascendant toujours plus grand sur le suivi des grossesses.

Toutes ces questions sont en fait liées à une controverse plus ou moins implicite : si l'on veut préserver le principe de la physiologie, qui, où et avec quels moyens doit-on aujourd'hui opérer la sélection des femmes ? Les compétences des sages-femmes, leurs savoirs, leurs instruments sont-ils encore suffisants pour détecter la pathologie, en face de l'intrusion massive de techniques médicales avancées comme l'échographie qui ouvrent un champ de nouvelles pathologies ?

Nous étions parties d'une certaine stabilité du système hollandais, stabilité inscrite dans les procédures qui permettent la sélection du risque et le partage des compétences entre sages-femmes à domicile et obstétriciens hospitaliers. À première vue, les débats semblaient être organisés dans le cadre de ces procédures, c'est-à-dire proposer des aménagements au système sans remettre en cause sa philosophie et en particulier, la naissance comme processus

physiologique. Mais peu à peu, en suivant les acteurs dans leurs efforts pour comprendre les glissements observables des pratiques, nous avons été conduites à envisager d'autres explications qui sont moins favorables au maintien du système tel qu'il existe : l'évolution de la "demande" des femmes en rapport avec un certain opportunisme des médecins, et l'émergence de nouveaux outils de diagnostic prénatal sont susceptibles de rendre moins étanche la frontière entre les deux formes de pratiques qui s'articulent autour de la différence physiologie / pathologie. La question est alors de savoir si les sages-femmes arriveront à négocier avec les obstétriciens un régime plus souple de relations qui permettent d'envisager des allers et retours entre les deux formes de suivi.

La sécurité de la naissance en France

Comme nous venons de le voir, la discussion néerlandaise commence à aborder la question du lieu lui-même comme facteur de sécurité, au travers des tentatives de certains obstétriciens pour "hospitaliser" le plus grand nombre des naissances. En France, le débat est en fait en train d'opérer le mouvement inverse en passant de l'idée d'une concentration des naissances dans des centres très équipés à l'idée du réseau comme modalité de sélection et de gestion du risque.

LE MODÈLE DE LA SÉCURITÉ DANS LES RAPPORTS FRANÇAIS

Sur ces questions, la controverse fait rage depuis quelques années à la suite d'une série de rapports demandés par le gouvernement à des comités d'experts : dans ses lettres de commande, les instances gouvernementales portaient du constat des mauvaises performances de la France en matière de périnatalité, si l'on compare ce pays aux autres pays développés, et demandaient aux experts de proposer des mesures propres à améliorer la situation. Aucun indicateur ne paraît bien fameux : la France était en 86-87 au 10ème rang mondial pour la mortalité infantile (décès avant un an), au 12ème rang pour la mortalité périnatale (nombre d'enfants qui meurent entre la naissance et 27 jours)⁸, et surtout semble avoir un taux de mortalité maternelle importante. Une équipe de l'INSERM a réalisé dans les années 90-92 une enquête détaillée sur ce thème, qui montrait que les statistiques officielles sont largement sous-évaluées : en analysant 68 dossiers de morts maternelles, les chercheurs se sont aperçus que seuls 41 d'entre eux avaient été comptabilisés par l'INSEE. Ils ont donc estimé que la mortalité maternelle réelle se situait aux alentours de 18 pour 100 000 naissances au lieu de 10 pour 100 000 comme on l'évalue

⁸ chiffres du World Health Statistics 1991 cités par le rapport du Haut Comité de la Santé Publique, 1994, *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité*, Paris : Editions de l'ENSP.

habituellement, chiffre qui plaçait la France au 11ème rang de l'Europe des 12.⁹ Plus encore, ils ont confié une quarantaine de dossiers à un comité d'experts qui a conclu que, dans environ deux cas sur trois les décès étaient évitables.

D'où la conclusion tirée par les auteurs du premier rapport demandé par le gouvernement, dit rapport Papiernik, sur la sécurité, à savoir "l'existence de défauts dans l'organisation de la prise en charge de complications obstétricales graves."¹⁰ L'ensemble de l'analyse est basée sur l'idée que tout accouchement peut toujours et de façon imprévisible basculer du côté de la pathologie : l'obstétrique est considérée comme une spécialité d'urgence, parce que "les accouchements ne sont pas programmés et les complications obstétricales encore moins". Dans ces conditions, et étant donné la rapidité d'intervention nécessaire, la sécurité du dispositif repose sur la disponibilité permanente de personnel qualifié et la compétence de ce personnel : c'est le postulat de base qui permet ensuite de dérouler l'ensemble de l'argument. Il faut des sages-femmes bien sûr qui sont aujourd'hui en nombre insuffisant et qui ne peuvent prendre en charge que les accouchements sans complications, mais aussi et surtout un gynécologue-obstétricien, un anesthésiste, et un pédiatre, spécialisé en néonatalogie. Ces deux contraintes, la disponibilité et la compétence vont être ensuite rabattues par les auteurs du rapport sur une seule variable, la taille des établissements. En effet, seuls les établissements réalisant un minimum d'accouchements peuvent mettre en place un système de garde qui satisfasse à ces conditions. D'autant que cette disponibilité des professionnels va de pair avec des moyens techniques importants : bloc chirurgical à proximité, service de réanimation pour la mère et pour l'enfant, banque de sang qui sont nécessaires à leur action efficace. Enfin, et c'est le coup de grâce pour les petites structures, les compétences requises en situation d'urgence, capacité à poser très vite le bon diagnostic et à effectuer les gestes adéquats, ne sont pas acquises une fois pour toutes à l'issue de la formation : elles demandent un entraînement qui n'est possible que dans les grands centres, là où défilent en quantité suffisante les cas pathologiques. En conséquence, le rapport, qui décrit le fonctionnement actuel des établissements, montre du doigt les établissements les plus petits qui n'ont pas les moyens de travailler avec un niveau de sécurité jugé suffisant. Il conclut à la nécessité de restructurer le service français des maternités et, entre autres, de fermer les établissements réalisant moins de 300 accouchements par an, ce qui représente un sixième des établissements français.¹¹ Cette "politique" est inscrite par les auteurs dans une forme de

⁹ Bouvier-Colle, M. H., N. Varnoux et G. Bréart, 1994, *Les morts maternelles en France*, Paris : Éditions de l'INSERM.

¹⁰ 1993, "La sécurité de la naissance. Rapport du groupe de travail auprès du haut comité de santé publique", *Les dossiers de l'obstétrique*, n°205.

¹¹ Groupe d'Animation et d'Impulsion National, 1993, *L'obstétrique en France. Enquête 1991*, CNAM-ENSM. Par ailleurs, pour donner une idée de la dispersion, il faut savoir que 31% des maternités font moins de 450 accouchements (ce qui représente 11% des naissances) et à l'autre extrême, 12% des maternités font plus de 1500 accouchements par an et représentent 31% des naissances.

continuité avec les politiques passées, et en particulier avec le décret Dienesh, en 1972, qui avait conduit à la fermeture de 51,7% des maternités, et avec la circulaire du 5 mai 1988, "recommandant la fermeture ou le regroupement des petites maternités effectuant moins de 300 accouchements".

LA CONTRE-ARGUMENTATION : PROBLÈME DE SÉCURITÉ OU PROBLÈME ÉCONOMIQUE ?

Ce rapport a provoqué une vive réaction de la part des personnels de ces petits établissements qui se sont appuyés sur diverses associations, Fédération Nationale des maternités des hôpitaux publics de proximité, Fédération des usagers des hôpitaux publics pour organiser une riposte.

Leur premier argument porte sur le constat même qui fonde la démarche entreprise par le gouvernement. J. Legrand, le démographe attitré du mouvement, critique l'étude réalisée par l'INSERM qui avait conduit au taux catastrophique de mortalité maternelle¹² : selon Legrand, elle s'appuie sur une enquête portant sur 4 mois - durée trop courte pour être statistiquement représentative, en hiver - période de l'année où la mortalité est plus élevée, et inclut des décès dus à des IVG, et des décès de femmes étrangères n'ayant pas été suivies en France ; enfin, une forte proportion des décès de femmes françaises ont lieu en région parisienne, où les grandes structures sont majoritaires. Tout converge donc vers un rejet des conclusions des auteurs accusés d'un zèle intempestif à l'égard de leur commanditaire.

En second lieu, les opposants insistent sur le fait que les performances des petites unités, mesurées avec les mêmes indicateurs que ceux utilisés par les rédacteurs du rapport, sont identiques et même souvent meilleures que celles des grandes; ainsi, par exemple, la Basse Normandie, région dans laquelle il n'y a que des petits établissements, se trouve en tête des régions françaises quant à ses performances¹³. Ils reconnaissent d'ailleurs aussitôt que cette comparaison n'a pas grand sens, dans la mesure où les grands centres hospitaliers concentrent beaucoup de cas pathologiques. Cela prouve de leur point de vue au moins deux choses : d'une part, l'orientation des patientes n'est pas faite en dépit du bon sens ; et d'autre part, il n'est pas possible au vu des statistiques actuelles de montrer que les petites structures sont la cause des problèmes français. Sur ce point, les opposants vont même bénéficier d'un allié institutionnellement important, l'Académie de Médecine. À l'initiative du Pr Claude Sureau (le prédécesseur du Pr Papiernik à Baudelocque !), qui semble avoir été choqué par le fait que le gouvernement n'ait pas consulté l'Académie de

¹² Legrand, J., 1994, "Analyse et critique d'un rapport sur la mortalité maternelle", *Dossiers de l'Obstétrique*, n°217.

¹³ Legrand, J., 1995, "Aspects démographiques - prospective et aménagement du territoire", communication au séminaire *Les maternités, qu'en restera-t-il en l'an 2000?*, Paris, février 1995.

Médecine dans le cadre de ses réflexions sur la maternité, un groupe de travail est constitué pour étudier l'urgence obstétricale. Bien que ce groupe de travail partage les présupposés exprimés dans le rapport Papiernik, concernant les mauvaises performances françaises, il en réfute l'analyse et les conclusions politiques :

"La démonstration d'un lien strict, en France, entre la taille de l'établissement et la qualité de l'obstétrique qui y est pratiquée n'a pas été apportée. Elle serait d'ailleurs bien difficile à établir car il faudrait prendre en considération les caractéristiques médicales mais aussi socioculturelles de la clientèle, la disponibilité réelle du personnel parfois accaparé par d'autres tâches, les conséquences de la présence de personnels en formation, l'isolement de l'établissement ou son intégration dans une structure médico-chirurgicale, la pratique associée de la gynécologie etc."¹⁴

L'expérience des personnes est mise en avant, par le rapport de l'Académie de Médecine¹⁵ mais aussi par les opposants à la restructuration, comme facteur de sécurité en contrepoids à l'argument qui portait sur l'entraînement : on oppose alors le médecin expérimenté d'une petite structure à l'interne novice d'une grande structure.

"Avec un siège à 2 heures du matin, quand on tombe dans un CHU avec un interne de 1ère année, ou quand on est dans une petite maternité avec un médecin qui a 15 ans d'expérience, je ne sais pas où sont les risques les plus importants."¹⁶

Enfin, disent les opposants, rejoignant en cela certains des points soulevés par les débats néerlandais, la concentration et l'hypermédicalisation sont aussi porteurs de pathologies et de risques : plus grand interventionnisme, plus grande distance du domicile au lieu d'hospitalisation. Or, la structure géographique de la France, avec sa faible densité de population et l'importance des reliefs, implique que des structures médicales soient maintenues en dépit du nombre limité d'actes qu'elles réalisent. L'accident survenu durant l'hiver 95 à la Mure et qui a conduit à la réouverture de la maternité est venu à point nommé soutenir cette argumentation.

Bref, les opposants à la restructuration, qui en sont souvent les premiers concernés, contestent les fondements et les conclusions des différents rapports. Certains vont plus loin et accusent en fait le gouvernement de vouloir, sous couvert de prétextes sécuritaires, fermer les petites maternités jugées non

¹⁴ Sureau, C., 1995, "Rapport du groupe de travail de l'Académie sur l'urgence obstétricale", présenté au séminaire *Les maternités, qu'en restera-t-il en l'an 2000 ?*, Paris : février 1995.

¹⁵ "Il n'est pas démontré que l'obstétrique réalisée dans de petits établissements, bénéficiant d'un environnement convenable, d'un personnel expérimenté, même s'il n'est pas sur place en permanence, capable d'orienter les patientes sur d'autres institutions et donc de sélectionner les cas favorables, mais aussi faire grâce à leur expérience à des accidents brutaux, soit pour ce type de patientes de moindre qualité." (Sureau, op. cit.)

¹⁶ Intervention Dr Lipszyc, journées "Les maternités, qu'en restera-t-il en l'an 2000 ?", Paris 14-15 février 1995.

rentables du point de vue économique. Là encore, les arguments économiques vont être démontés : l'accouchement dans une petite maternité coûterait 13700F pour 239 accouchements par an, 10860F pour 300 accouchements par an, soit beaucoup moins que le prix moyen des accouchements dans les grandes structures. Bien sûr, la fermeture de ces maternités permettrait de faire des économies, en diminuant les frais fixes de l'ensemble du système médical français, mais cette économie doit être relativisée car elle sera amputée des frais de transport et des journées d'hospitalisation supplémentaires qu'entraînera l'éloignement des centres hospitaliers.¹⁷ De plus, si l'on adopte un point de vue plus global, le bilan de cette restructuration risque d'être lourd :

"L'économie de 1 500 000F (NDLR: par maternité fermée) ne concerne que l'assurance maladie, mais il est évident que le grand Centre va, médicalisation oblige, multiplier les actes onéreux qui accentueront le côté illusoire de cette économie. Par ailleurs, le personnel que cette brillante opération meurtrira et laissera sur le carreau, émargera plus ou moins longtemps, selon son statut, soit au budget de l'hôpital, ou... aux ASSEDIC. Quoi qu'il en soit, la facture globale finira bien un jour par être présentée à la collectivité à qui on demandera de l'éponger, via la CSG, en lui jouant le grand air de la solidarité."¹⁸

Du coup, certains mesurent les coûts et bénéfices de cette restructuration à l'aune des objectifs auxquels l'aménagement du territoire peut aspirer. La fermeture d'une maternité sonne en général le glas des hôpitaux dont ces maternités dépendent, ce qui de manière directe et indirecte est censé contribuer à la désertification des zones rurales : l'hôpital est souvent le premier employeur de la ville et de sa région. Cela amène le Pr Sureau à suggérer que les collectivités locales puissent contribuer au maintien de structures hospitalières, rompant ainsi avec la gestion centralisée des dépenses de santé.

LE COMPROMIS DU RÉSEAU

Probablement à la suite des polémiques engendrées par le premier rapport, le gouvernement demande un second rapport¹⁹, plus "global" au haut comité de la santé publique. Dans celui-ci, publié un an après le premier rapport, et qui, conformément à la lettre de commande du ministre, fait le tour de l'ensemble des questions touchant à la naissance, le ton a un peu changé : les propos sont plus nuancés, mais les conclusions, en termes de politique de la santé, restent assez proches. Pour améliorer la sécurité, deux mesures sont préconisées, la fermeture à court terme (1996) des établissements réalisant moins de 300 accouchements par an et l'établissement d'une organisation en

¹⁷ Ossart, J., 1994, "Données et logique économiques d'une maternité type de <300 accouchements menacée de fermeture", *Dossiers de l'Obstétrique*, n°223.

¹⁸ Ossart, J., 1994, "Données et logique économiques d'une maternité type de <300 accouchements menacée de fermeture", *Dossiers de l'Obstétrique*, n°223.

¹⁹ Haut Comité de la Santé Publique, op. cit.

réseau qui permette une coordination des différents établissements d'une région portant en particulier, sur la sélection et l'orientation des femmes.

La première mesure est essentiellement justifiée par l'idée que la sécurité exige des gardes sur place de praticiens spécialisés : encore davantage que dans le rapport précédent, l'accouchement y est présenté comme un processus à haut risque qui demande des interventions d'une rapidité extrême :

"L'expulsion est la période la plus dangereuse en raison de la fréquence accrue des perturbations circulatoires materno-fœtales : augmentation parfois excessive de la pression intra-utérine, compression de la tête fœtale, compression ou étirement du cordon, qui peut conduire à la mort fœtale en quatre ou cinq minutes (dans 3 accouchements pour 1000 environ).

Il apparaît qu'il y a intérêt à raccourcir la période d'expulsion à moins de vingt minutes. La mesure simultanée de la pression utérine, du rythme cardiaque fœtal et le contrôle du pH sanguin du fœtus permettent de constater les risques éventuels de souffrance fœtale, et justifient une intervention par voie basse dans un délai très court, de moins de cinq minutes.

Si parfois les risques sont prévisibles, ils surviennent le plus souvent de façon totalement inattendue au cours d'accouchements a priori banals.

La délivrance est aussi l'occasion d'accidents rares (1%) mais imprévisibles..."²⁰

Le verdict est sans appel : les petites structures qui ne peuvent assurer de système de garde sur place 24h sur 24 et dont le personnel est "généralement moins qualifié ou sous-qualifié" doivent disparaître. Mais à l'inverse, les auteurs reconnaissent qu'il est impossible de concentrer toutes les naissances dans les seules maternités de grande taille (plus de 1500 accouchements par an) ; ils proposent donc une hiérarchisation des établissements en fonction du niveau des soins pédiatriques associés dans le même établissement. Les établissements, appartenant à trois types différents²¹, seraient liés entre eux par des conventions associant d'une part maternités de type I et maternités de type II, et d'autre part, maternités de type II et maternités de type III. Ces conventions permettraient des échanges de personnel, des actions de formation y compris à destination des praticiens de ville, et surtout la mise en place de protocoles concernant aussi bien le suivi des grossesses et des accouchements normaux, le dépistage des pathologies, les problèmes psycho-sociaux, les situations d'urgence, les problèmes d'organisation (par exemple, transferts maternels et néonataux...). On construirait ainsi un réseau d'établissements qui permettrait dans une certaine mesure de maintenir une diversité dans la taille et l'équipement des maternités.

²⁰ Haut Comité de la Santé Publique, op. cit., p.38.

²¹ "Type I : capacité de prendre en charge des grossesses sans facteur de risque périnatal, soins pédiatriques de niveaux I et II. Type II: capacité à prendre en charge des grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins de niveau III, donc associée à un service de pédiatrie néonatale. Type III: capacité à prendre en charge des grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins de niveaux IV et V et donc associée à une unité de soins intensifs ou de réanimation néonatale." Haut Comité de la Santé Publique, op. cit., p.123.

Si cette politique était appliquée, elle tendrait à uniformiser les pratiques et à les segmenter en fonction des types de population qu'elles visent. Par ailleurs, elle remettrait en cause le principe du "libre choix" de l'établissement, puisque l'accès aux maternités de type III serait réservé en priorité aux cas très "pathologiques", et ainsi de suite. Cette restriction est en fait souhaitée par les patrons des grandes unités qui disent voir affluer chez eux une large clientèle attirée par les échos des exploits réalisés dans cette structure (qui concernent d'ailleurs plus souvent le traitement de la stérilité que le déroulement de l'accouchement lui-même), alors même que les petits établissements auraient de plus en plus de mal à remplir leurs lits. Notons ici d'ailleurs que le problème du "choix" se pose dans des termes complètement différents en France et aux Pays-Bas : en France, en principe, le choix est possible, mais d'une part, il peut être rendu difficile par les procédures d'inscription (cf récit français en introduction) et d'autre part, certaines options, comme l'accouchement à domicile ou l'accouchement "non médicalisé", ne sont pas aussi accessibles que l'accouchement "standard" et supposent que les parents effectuent un certain parcours du combattant. Aux Pays-Bas, en revanche, les femmes ont un choix plus large en ce qui concerne le type de lieu (domicile/ polyclinique), mais elles ont moins de choix quant à l'hôpital lui-même (la contrainte de temps d'accès est assez stricte) et, à l'inverse des Françaises, elles ne peuvent être "médicalisées" si aucune indication n'est posée.

L'idée du réseau, qui était déjà présente dans la lettre de commande du ministre, suppose une allocation différentielle des moyens à laquelle correspond une sélection des personnes basée sur des critères et des procédures fixes et plus ou moins consensuels : c'est en sens qu'elle représente une analogie avec la forme d'organisation néerlandaise. Mais la conception de l'accouchement lui-même et le niveau minimal de moyens supposés nécessaires pour assurer la sécurité sont sans commune mesure par rapport aux critères néerlandais.

Conclusion

Nous venons de voir que la question de la sécurité était au cœur des débats français actuels : l'analyse des désaccords qui existent entre les différents acteurs en présence ne doit pas nous aveugler sur l'étendue de leur accord implicite. Un certain nombre de points ne sont jamais contestés, parmi lesquels l'idée de l'accouchement comme situation à risques qui nécessite un environnement médicalisé : tous les acteurs sont par exemple d'accord pour considérer que l'accouchement à domicile n'est pas en France chose possible ; ils insistent sur les spécificités des Pays-Bas, qui vont de la complexion des femmes hollandaises, à la platitude du relief, jusqu'aux mythiques ambulances censées

attendre au pas de la porte de chaque parturiente²². Plus encore, l'épouvantail de l'accouchement à domicile est agité par les opposants à la restructuration : "si vous allez au bout de vos projets, vous allez encourager l'accouchement à domicile de femmes qui ne veulent pas aller à 80km de chez elles pour mettre au monde leur enfant" tel est en substance le message. Le système français va-t-il se transformer aussi vite et aussi profondément que le souhaiteraient les rédacteurs des rapports ? Rien n'est moins sûr, car à la vivacité des débats, il faut ajouter la résistance active des élus locaux et des habitants²³, et la lourdeur des procédures à mettre en place pour construire les réseaux d'établissements. Un réseau de ce type est en train de se constituer autour et à l'initiative de l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart, réseau qui s'appuie sur un système de téléconférence. Cette expérience pourrait être intéressante à suivre dans une étape de recherche ultérieure.

Aux Pays-Bas, en revanche, les débats sont plus diffus, moins tendus aussi car il n'y a pas eu de "grande occasion" qui ait "organisé" les controverses. Ceci étant, l'enjeu est sans doute encore plus massif, au sens où la façon même d'envisager l'accouchement se trouve en question au travers de ces débats. Le problème est alors 1) de comprendre comment les femmes sont amenés à choisir la polyclinique plutôt que le domicile et à observer ce que la polyclinique, en pratique, introduit comme rupture, par rapport à l'accouchement à domicile et 2) comment cette frontière entre physiologie et pathologie qui fonde tout le système néerlandais est elle-même remise en jeu, modifiée, transformée à la fois par les nouveaux instruments de diagnostic, mais aussi par les pratiques des obstétriciens et des sages-femmes.

Nous avons insisté sur les différences de conception entre les deux systèmes, différences qui s'expriment essentiellement dans des argumentaires destinés à défendre telle ou telle organisation. Mais la question reste entière de savoir quelle est l'incidence de ces différences sur les pratiques elles-mêmes : quels sont les instruments mobilisés dans les deux pays pour surveiller l'évolution de la grossesse et de l'accouchement ? Dans quel contexte sont-ils utilisés ? À quelle organisation des soins cette utilisation est-elle liée ? En quoi ces pratiques changent-elles l'accouchement lui-même et la manière dont il est vécu par ses différents protagonistes ? Comment qualifier les interactions entre ces protagonistes et situer le rôle des instruments dans ces interactions ? C'est à toutes ces questions que nous nous proposons de répondre dans la partie suivante.

²² Cette idée, qui ne correspond apparemment à rien de réel est incroyablement répandue en France : elle nous a été citée un nombre incalculable de fois par nos interlocuteurs français.

²³ cf l'exemple de l'hôpital d'Autun qui a réussi à mobiliser la ville entière et qui finalement n'a pas été fermé.

Partie II

LA SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEMENT

Nous avons vu dans la première partie qu'un certain nombre de différences entre le système néerlandais et le système français tiennent à la caractérisation de la grossesse et de l'accouchement dans les deux pays : aux Pays-Bas, ces processus sont a priori normaux et ne doivent faire l'objet d'une prise en charge médicale que dans des cas bien spécifiés, alors qu'en France, ils ne peuvent être qualifiés de normaux qu'a posteriori. Autrement dit, en France, la frontière entre le normal et le pathologique est beaucoup moins nette qu'aux Pays-Bas : la grossesse et l'accouchement sont toujours associés à la notion de risque, d'urgence ; le basculement du côté du pathologique est possible à tout moment et reste en partie imprévisible.

Ces options "philosophiques" qui, nous l'avons vu, justifient et sont en même temps produites par l'organisation des réseaux d'obstétrique, ont-elles un poids comparable en ce qui concerne les dispositifs de surveillance mis en place dans les deux pays ? Comment les procédures adoptées définissent-elles les différents protagonistes et leurs relations ? A quelles formes d'interventions sont-elles reliées ? De quelle manière transforment-elles les perceptions et orientent-elles les comportements ? En quoi finalement, les dispositifs de surveillance sont-ils déterminants ou pas pour comprendre ce qui se passe aujourd'hui avant et pendant la naissance dans les deux pays ?

Arney²⁴ a fait de la notion de surveillance le concept clé pour comprendre "l'obstétrique moderne", du moins l'obstétrique telle qu'elle s'est développée après la deuxième guerre mondiale aux Etats-Unis. Pour lui, la transformation de l'obstétrique qui a vu, aux Etats-Unis, la quasi-disparition des sages-femmes au profit des médecins spécialisés, repose sur deux idées principales : 1) le fœtus devient un patient à part entière qui doit être clairement distingué de sa mère : en particulier, son état de santé n'est pas directement extrapolable à partir de celui de sa mère ; 2) la grossesse est considérée comme un processus continu et non plus un processus segmenté avec des points de repère clairs et une définition sans ambiguïté de l'état pathologique. Ces deux idées expliquent selon Arney qu'ait pu se mettre en place une surveillance continue de la grossesse et de l'accouchement effectuée par des spécialistes capables de gérer les

²⁴ Arney, W. R.1982, *Power and the Profession of Obstetrics*, Chicago, London : The University of Chicago Press.

pathologies éventuelles des deux patients, la mère et l'enfant. Cette surveillance va s'étendre progressivement à tous les aspects de la procréation, médicaux, mais aussi sociaux, psychologiques etc., et elle va en quelque sorte s'objectiver dans une série de dispositifs matériels, organisationnels, voire cognitifs. L'ensemble de ces dispositifs constitue pour Arney, qui se réclame ici de Foucault, un "système de contrôle sans contrôleurs" qui pèse autant sur les femmes que sur le personnel médical, entre autres choses parce qu'ils se trouvent sous la menace constante des procès.

Peut-on rapprocher cette description de ce qui se passe dans les deux cas étudiés ? Rappelons brièvement qu'aux Etats-Unis, la naissance se fait presque toujours dans des hôpitaux ou cliniques, sous la conduite de médecins, et qu'elle s'accompagne d'un très fort taux d'interventions : un quart des naissances par exemple se font par césarienne. Si le modèle néerlandais se distingue sans aucune ambiguïté du modèle américain, le modèle français, a priori plus proche, ne peut toutefois être confondu avec lui : bien que, comme dans la plupart des pays industrialisés, la naissance se fasse à l'hôpital, elle se déroule très souvent sous la responsabilité exclusive d'une sage-femme et entraîne sensiblement moins d'interventions qu'aux Etats-Unis. Nous essayerons dans la suite de situer les pratiques de surveillance des deux pays par rapport au modèle décrit par Arney, et de voir dans quel environnement elles prennent place et d'apprécier la signification qu'elle revêtent dans les processus de la naissance.

Les dispositifs standard de surveillance de la grossesse : sélection / suivi

Les dispositifs de surveillance de la grossesse dans les deux pays présentent certaines similitudes : le nombre de visites prénatales est un peu plus élevé aux Pays-Bas (12 à 15 visites) qu'en France (de l'ordre de 8 à 10 visites, auxquelles il faut ajouter les examens spécialisés comme les échographies) ; pesée, prise de la tension, analyse d'urine afin de doser le taux d'albumine, écoute des battements du cœur du fœtus à l'aide d'un Pinard ou d'un équipement Doppler²⁵ constituent des examens standard communs aux deux pays, auxquels il faut ajouter la mesure de la hauteur utérine, considérée comme un indicateur de la taille du fœtus. Par ailleurs, ces examens sont complétés par un questionnement de la femme sur un certain nombre de points précis.

Aux Pays-Bas, des analyses de sang sont effectuées pour repérer un état d'anémie, qui n'est pas recherché en France. En revanche, l'examen vaginal, destiné à tester l'état de l'utérus et de son col, est pratiqué partout en France,

²⁵ Le Pinard est un stéthoscope fœtal. Le Doppler est basé, comme l'échographie, sur l'utilisation des ultrasons : le "bruit" du cœur est donc reconstruit à partir des informations traitées et peut être amplifié.

alors qu'il n'est pas réalisé de façon systématique aux Pays-Bas : de façon assez cohérente, l'indication qui résulte en France de cet examen "menace d'accouchement prématuré" n'existe pas dans la liste des pathologies néerlandaises qui ne reconnaît que "l'accouchement prématuré imminent" : une analyse plus précise des politiques et des pratiques en matière de prévention dans ce domaine devrait être menée dans les deux pays, car il s'agit d'un des points considérés comme cruciaux dans les politiques périnatales.

Aux Pays-Bas, les visites sont en principe assurées par les sages-femmes, sauf en cas de pathologie établie : bien souvent, elles sont l'occasion pour la femme enceinte de rencontrer successivement toutes les sages-femmes du cabinet susceptibles de surveiller son accouchement, soit 3 ou 4 sages-femmes différentes. En France, ce sont des sages-femmes ou des médecins qui assurent ces consultations lesquelles, au moins à partir du 4ème mois, ont lieu la plupart du temps dans l'établissement où l'accouchement est prévu ; souvent, la femme est suivie par une même personne tout au long de sa grossesse. Lorsqu'il s'agit d'un accouchement en milieu hospitalier public, les sages-femmes qui effectuent les consultations ne font pas, en général, d'accouchement : c'est donc une nouvelle personne que la femme rencontrera à ce moment-là. Pour les accouchements en établissements privés, les consultations sont effectuées, à la clinique ou à son cabinet, par le médecin traitant : l'accouchement lui-même est surveillé par la sage-femme de garde et le médecin intervient dans la dernière partie.

Aux Pays-Bas, se trouve privilégiée une certaine forme de continuité entre le suivi prénatal et l'accouchement, alors qu'en France, la continuité du suivi est en majorité assurée mais ce suivi est en général séparé de l'accouchement lui-même. Il serait intéressant, dans une phase ultérieure de recherche, de repérer et d'analyser le contenu des dispositifs visant à assurer la transmission d'informations entre les divers intervenants : il s'agit là d'un des éléments qui devraient nous permettre de comprendre plus précisément quel est le sens accordé dans les différentes configurations au suivi et aux examens qui l'accompagnent et en particulier de savoir si grossesse et accouchement sont considérés comme des phénomènes fortement autonomes ou liés entre eux.

Car, si un certain nombre d'examens sont réalisés quels que soient les pays et les institutions, la manière dont ces examens sont effectués et interprétés peut varier de façon importante. Aux Pays-Bas, les examens sont essentiellement orientés vers l'exclusion d'un certain nombre de pathologies qui délimitent le champ des compétences respectives des sages-femmes et des médecins. Le principe du non-interventionnisme fait l'objet d'un quasi-consensus parmi les tenants de la "naissance physiologique" : la grossesse et l'accouchement sont considérés comme des processus "naturels" et seuls les examens strictement nécessaires doivent être accomplis. La définition de ce qui est nécessaire est elle-même inscrite dans la division des tâches entre sages-femmes et obstétriciens, clairement établie dans la liste des pathologies de la grossesse.

Tout ce qui n'est pas pathologique est par définition normal²⁶ et ne demande pas de surveillance particulière, sauf, et ceci est un point important, si la femme elle-même dit ne pas sentir très bien, être particulièrement fatiguée etc. : la sage-femme situe son action dans la continuité des sensations éprouvées par la femme, sous l'hypothèse implicite que la femme elle-même constitue un bon dispositif de surveillance et que les états du corps se trouvent traduits par ces sensations, ces attitudes qui, elles-mêmes peuvent être retraduites dans le langage de l'obstétrique. Nous retrouverons cette idée dans la surveillance de l'accouchement lui-même.

A l'inverse, le système français est centré sur la notion de "prise en charge"²⁷ de la grossesse par le système médical. L'imprécision de la frontière entre normal et pathologique, qui se manifeste entre autres par le fait que les médecins suivent indifféremment des grossesses des deux types, a probablement favorisé la multiplication des examens, hors de la consultation prénatale proprement dite. Pratiquement toutes les femmes subissent trois échographies, remboursées par la sécurité sociale ; le test de dépistage des anomalies génétiques basé sur une mesure d'un taux d'hormones dans le sang (Beta HcG) est proposé de plus en plus systématiquement, et il est suivi, en cas de résultat positif, par une amniocentèse. On peut encore ajouter à la liste, l'analyse de sang, qui permet de vérifier qu'il n'y a pas de contre-indications à la péridurale, pratiquée dès lors que la femme "envisage" cette analgésie, ou la radiographie du bassin, si une disproportion entre la tête du fœtus et le bassin de la mère est suspectée. Bien que les pratiques soient relativement homogènes, ne serait-ce qu'en raison des choix opérés par la sécurité sociale, la liste exacte des examens et leur importance relative sont susceptibles de varier en rapport avec la "politique" de chaque maternité :

"Pendant longtemps, à Saint-Antoine, il ne fallait pas accoucher après 40 semaines, on estimait que, pour l'enfant, il y avait trop de risques. Après la date fatidique, les statistiques du service montraient un taux d'anomalies plus important. Nous les prenions en charge à partir de 39 semaines. A côté, à la Pitié-Salpêtrière, le chef de service prétend que chaque femme a son terme et que son corps sait quand il faut accoucher. Donc il laissait jusqu'à 42 semaines. Ça a toute une série d'implications : ils ne font pas de suivi très rapproché au moment du terme théorique, ils ne font pas de recherche pour essayer de déterminer précisément le début de grossesse. Et ils ont les mêmes statistiques que nous : il n'ont pas plus de problèmes." (entretien sage-femme hospitalière française)

²⁶ Bien sûr, comme nous l'avons vu précédemment, la frontière entre normal et pathologique suscite des discussions, des négociations et la délimitation des compétences des unes et des autres peut être remise en question. Mais la discussion porte plutôt sur des éléments de la liste qui s'apparentent à des facteurs de risque pré-existants à la grossesse : âge de la femme, passé obstétrique et en particulier césarienne antérieure, etc. et, dans une moindre proportion, sur les pathologies apparaissant en cours de grossesse. Ce qui, en première approximation, permet de conserver une surveillance prénatale conçue comme un système de sélection et non comme un dispositif d'observation médicale.

²⁷ voir par exemple Haut Comité de la Santé Publique, 1994, *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité*, Paris : Editions de l'ENSP.

Quelles qu'en soient les modalités précises, la femme française est donc prise dans un dispositif très instrumenté tout au long de la grossesse. Est-ce que cela implique nécessairement une différence radicale entre l'expérience des femmes françaises et celles des femmes néerlandaises ? En quoi l'existence de ces dispositifs de surveillance définit-elle des relations particulières entre les différents intervenants ?

Avant de répondre à ces questions, nous voudrions montrer que l'éloignement apparent entre les conceptions des deux systèmes peut être relativisée dès lors que l'on considère d'autres pratiques.

LES CRITIQUES POLITIQUE ET "NATURALISTE"

Un groupe de sages-femmes britanniques a tenté de redéfinir les pratiques de la naissance : elles ont développé un mouvement, encore marginal, de libéralisation des sages-femmes et de retour vers la naissance à domicile. Elles se sont inspirées du modèle néerlandais, mais s'en sont aussi écartées sur un certain nombre de points, définissant une position assez radicale. En particulier, en ce qui concerne la place des examens et des mesures, elles considèrent que la plupart des examens sont inutiles et ne sont là qu'à titre de rituel, réaffirmant le pouvoir des sages-femmes et des médecins qui sont capables, eux, d'avoir un accès direct à l'enfant que porte la femme. D'après elles, l'écoute des battements du cœur du fœtus, par exemple, ne présente aucun intérêt sur le plan médical : cela ne peut servir qu'à dépister une malformation extrêmement rare contre laquelle aucun traitement n'est disponible in utero. Elles n'écoutent donc les battements que lorsque la femme le demande ou manifeste une inquiétude particulière et elles le font toujours avec les équipements Doppler qui permettent une écoute collective. La difficulté tient au fait que les femmes elles-mêmes réclament de plus en plus d'examens et de technologies :

"Les femmes ont absorbé l'idée d'utiliser les techniques pour gérer leurs propres corps. Ce ne sont plus les professionnels qui leur imposent ces techniques, elles en veulent et elles en suivent l'utilisation de manière à surveiller ce qui se passe à l'intérieur de leur corps, alors qu'elles sont en relation directe avec ce qui s'y passe mais elles n'y croient pas. C'est comme si leur grossesse était là, qu'elles étaient ici et qu'elles avaient besoin de quelqu'un d'autre pour la surveiller, pour leur dire que tout va bien." (entretien sage-femme libérale britannique)

Toute leur pratique est donc orientée vers une reprise en main par les femmes elles-mêmes de leur grossesse ; il s'agit de faire prendre conscience aux femmes qu'elles sont les meilleurs "moniteurs" de leur grossesse : si un enfant bouge, c'est que son cœur bat et l'on n'a pas besoin d'investigation supplémentaire pour le vérifier. Pour arriver à renverser le courant qui porte les femmes elles-mêmes vers l'utilisation injustifiée des dispositifs techniques, les sages-femmes organisent des réunions avec des groupes de femmes afin de favoriser leur autonomie et leur mise en confiance ; elles sont, par ailleurs, très rigoureuses quant à leur pratique : aucun acte n'est effectué sans que soit

analysé son sens "politique", c'est-à-dire mis en évidence les rapports qu'il suppose ou installe entre les différents protagonistes.

Sans partager forcément l'interprétation politique qui est liée à cette critique, certaines sages-femmes françaises développent des arguments similaires sur la place des examens instrumentés et la manière dont ces examens se substituent dans l'esprit des femmes à leurs propres capacités perceptives.

"On est dans une situation paradoxale: les femmes en redemandent, d'autant plus qu'on s'autorise rarement à dire aux femmes: c'est vous qui savez. Moi, en consultation, je demande: 'comment va votre bébé?' Souvent, elles me répondent: 'je ne sais pas.' 'Comment ! vous ne savez pas ?' 'Ben, il bouge beaucoup...' 'Est-ce que vous pensez qu'il va bien?' 'Je crois qu'il va bien.'" (entretien sage-femme hospitalière française)

L'utilisation de certaines technologies est ici indissociable d'une perte de compétences : les femmes deviennent incapables de tout rapport à leur enfant qui ne passe pas par la médiation de dispositifs techniques et humains. Une autre forme de critique, que nous appellerons "naturaliste", part exactement de ce point pour dénoncer l'effet délétère que certaines techniques peuvent avoir sur la relation mère-enfant. Un obstétricien français s'oppose ainsi à toutes les technologies qui donnent une image objectivée du fœtus : l'expérience doit rester intérieure, elle doit se nourrir à la fois aux sources de l'imaginaire et dans les perceptions directes que la mère peut avoir de son enfant., sans l'aide d'aucun intermédiaire. Il refuse de faire lui-même des échographies mais fait une concession aux parents, en leur faisant écouter le cœur de leur enfant, s'ils le souhaitent. Et pour ce faire, il a construit un instrument particulier qui combine les vertus du stéthoscope, amplificateur des sons naturels et celui du Doppler en permettant une écoute simultanée des parents par le biais de casques : on remarquera que l'écoute n'est pas partagée, chacun écoute son "propre" son, celui qui est délivré par le casque individuel ; le dispositif d'écoute est simplement vu comme un prolongement de l'oreille qui se colle au ventre de la femme.

Alors qu'ils pouvaient être considérés comme substantiellement différents, les dispositifs de surveillance français et néerlandais sont en quelque sorte renvoyés dos à dos par des positions plus radicales qui redéfinissent fortement le sens et l'impact de tout examen.

LE SENS DE LA MESURE

En fait, pour répondre aux questions que nous posions précédemment et qui concernent la manière dont l'expérience de la grossesse est ou non profondément marquée par les différents dispositifs de surveillance, on ne peut se contenter d'une analyse même affinée des dispositifs organisationnels et techniques ; une étude ethnographique des consultations est nécessaire afin d'apprécier comment se construit en situation l'interprétation . Une des raisons

en est que les femmes sont actives lors de ces examens et prennent part à ce processus d'analyse.²⁸ Ainsi, les sages-femmes hospitalières françaises mentionnent souvent le caractère anxiogène des examens, qui est lié, de leur point de vue, au fait que les femmes opèrent une sélection et traduisent dans un registre normatif des appréciations qui se voulaient de simples constatations. Toute appréciation sur la taille de l'enfant par exemple serait d'après elles source d'inquiétudes : "c'est un petit bébé" est immédiatement retraduit en "il ne grandit pas assez" ou "c'est un gros bébé" appelle une interrogation sur la manière dont il va naître. Mais la sage-femme n'opère-t-elle pas une autre traduction lorsqu'elle entend de l'inquiétude dans une question qui pourrait être envisagée comme une simple réponse à une affirmation d'un certain point de vue incomplète : "il est petit", oui, mais par rapport à quoi et dans quelle mesure ? Et ne s'agit-il pas aussi d'une façon de relancer l'interaction et de revendiquer un droit au savoir ? Beaucoup de femmes se plaignent de ne pas être informées sur les examens qui sont réalisés, et regrettent un peu la rapidité des visites et de la faiblesse des échanges auxquelles elles donnent lieu :

"J'avais un médecin taciturne. Il répondait de manière très succincte à mes questions. Tellement succincte que j'avais la question suivante sur un petit bout de papier, parce que ça se passait si vite, quand il avait répondu à une, je posais la suivante. Il répondait juste: oui, non, ne vous inquiétez pas, ça va très bien."
(entretien femme française)

Parfois la critique est plus profonde : la femme a l'impression d'être prise dans un système bureaucratique, où chaque intervenant agit selon des règles, sans égard pour la personne qu'elle a en face d'elle et s'y conforme strictement pour ne pas être mis en cause. Ainsi, une femme se plaint d'avoir eu à subir une consultation qu'elle juge inutile chez la diététicienne parce qu'elle avait pris deux kg au lieu d'un en l'espace d'un mois.²⁹

Bien que les femmes néerlandaises insistent aussi sur la rapidité des consultations, cette question de la "norme" et de la "normalité" semble moins présente dans les consultations. Encore faudrait-il pouvoir le vérifier par une enquête précise : quelle est la verbalisation associée aux différents examens, et à quels échanges donnent-ils lieu ? Nous avons quelques indices de ces différences dans la comparaison de la manière dont est réalisée, dans les deux pays, la mesure de la hauteur utérine. En France, la sage-femme repère par palpation le bord supérieur de l'utérus et mesure avec un centimètre de couturière la hauteur qui sépare le pubis du haut de l'utérus. Aux Pays-Bas, après la même opération de repérage, la sage-femme effectue une mesure en "doigts" de la distance qui sépare le nombril de la femme du haut de l'utérus :

²⁸ sur ce point, on peut voir : Lacoste, M., 1993, "Polyphonie et positions de la sage-femme dans la conduite de l'accouchement.", in Cosnier, J., Grosjean, M., Lacoste M., (sous la direction de), *Soins et communications : Approches interactionnistes des relations de soins*, Lyon : Presses universitaires de Lyon.

²⁹ Dans cette même maternité, la sage-femme surveillante-chef explique qu'effectivement toute l'organisation repose sur des protocoles, liste d'examens et d'actions, certaines actions étant directement liées aux résultats des examens.

tant que l'utérus arrive plus bas que le nombril, la mesure est exprimée en "doigts négatifs", dans le cas contraire, en "doigts positifs". Alors que, dans le cas français, l'échelle de mesure est absolue, elle est relative à chaque femme dans le cas néerlandais, et même pourrait-on dire relative à chaque sage-femme puisque c'est son propre corps qui sert d'instrument de mesure. L'aspect normatif de la mesure se trouve donc beaucoup moins accentué aux Pays-Bas, et en tous cas, il se trouve toujours rapporté à la femme elle-même et à une évolution temporelle.

Bien sûr, il existe en France des façons différentes de réaliser un tel examen et de l'inclure dans l'interaction entre la sage-femme et la femme. Ainsi, une sage-femme libérale, réalisant des accouchements à domicile décrit sa pratique:

"Dans les consultations prénatales, je déteste courir, je prends une demi-heure. Je regarde le poids de la femme. J'y tiens beaucoup. C'est un indice de déséquilibre, rétention d'eau, albumine. Je prends la tension, je fais des analyses d'urine avec des bandelettes, et je leur demande si nécessaire de le surveiller chez elle.³⁰ Je fais ensuite l'examen, je commence par dire bonjour au bébé. Je mesure la hauteur utérine. Je travaille beaucoup avec la hauteur utérine. Ce qui importe, c'est la progression. Si ça n'a pas beaucoup bougé, je demande "comment ça se fait ? Tu pourrais peut-être lui faire de la place ?" Au lieu d'un mois, je demande à la revoir au bout de 15 jours, et il y a toujours quelque chose qui a bougé. De ce point de vue, l'échographie n'est pas toujours fiable. A part ça, je situe la position, j'écoute les bruits du coeur: j'utilise le Doppler, je ne m'exerce plus au pinard, et puis c'est plus sympa pour la mère ou le père. Il y a des pères qui veulent absolument écouter." (entretien sage-femme libérale française)

Telle qu'elle est décrite, la consultation est scindée en deux parties, une première partie organisée autour de mesures qui concernent l'état de la femme et une seconde autour de l'enfant : le rituel de la salutation marque clairement la séparation entre ces deux moments et installe l'enfant comme sujet de la consultation. Plus précisément, ce sont les relations entre la mère ou les parents et l'enfant qui sont au centre de l'attention, la sage-femme étant en quelque sorte médiatrice entre ces deux pôles. De ce fait, la mesure de la hauteur utérine revêt un sens particulier : elle n'est pas rapportée à une moyenne mais à des mesures précédentes et elle est considérée comme un indicateur de l'état des relations entre la mère et l'enfant, et non comme l'expression d'une anomalie physiologique ; du coup, les mesures plus instrumentées, réputées plus précises, sont disqualifiées car elles perdent le sens de la proportion, du rapport qui s'établit entre mère et enfant. Par ailleurs, on notera la prise en compte d'une certaine représentation des désirs parentaux au travers de l'utilisation d'un dispositif qui permet l'écoute collective.

Le partage de l'écoute avec les parents est une pratique majoritaire aujourd'hui : aux yeux des obstétriciens ou des sages-femmes, elle est supposée constituer un moment de rencontre important sur le plan émotionnel. On voit

³⁰ En milieu hospitalier, ces examens sont réalisés par une infirmière avant la consultation proprement dite.

donc, au travers de cet exemple, comment des facteurs non-médicaux sont intégrés à l'examen médical : cette intégration n'est pas automatique ; nous reviendrons dans la suite sur des situations dans laquelle les deux visées, médicale et émotionnelle, sont séparées et jugées incompatibles.

L'échographie est un autre moment où s'articulent différents registres : Janelle Taylor³¹ a montré que les échographistes américains ont différentes manières de gérer en pratique cette articulation ; là encore, il nous manque à ce stade de l'enquête les éléments pour conclure. On peut noter toutefois que l'échographie est beaucoup moins répandue aux Pays-Bas qu'en France : réputée inoffensive en France, elle est, comme tout examen, suspecte d'effets pathogènes aux Pays-Bas. En revanche, l'aspect ludique est assez développé dans ce pays : l'enregistrement d'une cassette vidéo de l'examen pour que les parents puissent la visionner à la maison semble être une pratique très fréquente. Ceci peut paraître à première vue curieux alors qu'il paraît exister un certain consensus sur la "naissance physiologique" et contre l'interventionnisme. Plusieurs interprétations sont possibles : l'une d'entre elles consisterait à séparer les opinions des professionnels de celles des parents ; la naissance physiologique apparaîtrait alors comme un cheval de bataille des sages-femmes et non des femmes. A l'inverse, peut-être cette idée est-elle si ancrée chez le grand public, qu'un tel examen est obligatoirement aspiré vers le ludique : deux témoignages vont, en tout cas, dans ce sens. Une femme après avoir eu un premier enfant anencéphalique, mort durant l'accouchement, est soumise lors de sa deuxième grossesse à une série d'examens particuliers, parmi lesquels l'amniocentèse et l'échographie. De son point de vue, il existe une différence très importante entre ces deux examens : l'amniocentèse est explicitement utilisée pour repérer une pathologie et est donc associée à une expérience difficile - elle introduit une discontinuité par rapport à l'expérience de la grossesse comme processus "naturel", physiologique - à l'inverse, l'échographie permet de voir un enfant normal et apparaît plutôt comme un moment de joie, en pleine continuité avec les processus physiologiques. Ailleurs, un père manifeste son étonnement face aux limitations qui sont opposées à leurs désirs ludiques :

"Nous avons eu une échographie pendant la grossesse, ce n'était pas vraiment nécessaire mais la sage-femme nous y a un peu poussé : dites-leur que vos cycles ne sont pas réguliers et que vous voulez être sûre du terme de la grossesse. Donc, nous sommes allés à l'échographie, mais j'ai été désagréablement surpris par le fait que le gynécologue ne veuille pas faire une vidéo de l'examen ! Alors qu'il y avait un magnétoscope dans leur installation. Mais il ne voulait pas pour des raisons idéologiques." (entretien homme néerlandais)

Ici, les parents commencent par dénier tout caractère médical à l'examen, et sont choqués de ce que leur définition de la situation se heurte à une autre définition de la situation, celle du gynécologue. De leur point de vue, il s'agit doublement d'un malentendu, car, telle qu'ils l'ont comprise, la réticence de ce

³¹ Taylor, J., 1995, "L'échographie obstétricale aux Etats-Unis : des images contradictoires ?", *Techniques & Culture*, à paraître.

gynécologue n'était pas due à l'aspect ludique de l'examen, mais plutôt, à l'inverse, à la crainte d'une surenchère médicale: les parents pourraient se mettre à consulter le voisin, ou la belle-sœur qui fait sa médecine et ainsi se constituer une contre-expertise.

Une sage-femme confirme les tensions qui existent entre différentes interprétations de l'échographie :

"Souvent nous avons une raison de faire faire une échographie, mais nous ne laissons pas les parents nous l'imposer. C'est cher, et les gynécologues sont agacés d'avoir des gens du style : "voici ma mère, j'ai amené une cassette, et vous allez nous faire un joli film, une fille ou un garçon ? J'essaie de leur dire que l'échographie n'est pas absolument fiable : tout peut paraître normal, mais même une bonne échographie standard ne montre pas tout, et elle n'exclut pas qu'il y ait des choses anormales ; à l'inverse, elle peut montrer des choses susceptibles d'inquiéter qui n'ont aucune signification." (entretien sage-femme néerlandaise)

Pour maîtriser davantage cet examen, certains cabinets de sages-femmes ont décidé de s'équiper d'un échographe : elles peuvent ainsi davantage contrôler l'utilisation qui en est faite. Dans un cabinet, les sages-femmes ont réussi à faire financer leur appareil par le "Health Service" en arguant du fait qu'elles ne feraient ainsi que les examens strictement nécessaires et que le respect de cette contrainte impliquait une aide financière car empêchait l'amortissement de leur équipement ! A la différence du "monitoring" qui ne peut être utilisé que sous l'autorité d'un médecin dans une situation jugée pathologique, l'échographe est un équipement plastique qui, comme en France, lorsqu'il s'agit de vérifier certains paramètres a priori normaux, peut être utilisé par les sages-femmes. Ceci étant, cet instrument est aujourd'hui l'objet de polémiques dans la mesure où il brouille la frontière entre processus normaux et processus pathologiques, frontière sur laquelle repose l'organisation néerlandaise.

La signification des examens, analyses etc. est donc l'objet d'une négociation dans le cadre de chaque consultation, négociation elle-même prédéterminée par le dispositif médico-organisationnel dans lequel les intervenants médicaux s'insèrent et par les représentations que se font les parents des processus dans lesquels ils sont engagés. En un sens, les différences entre les deux pays sont à la fois évidentes - les principes qui guident les activités médicales et les formes d'organisation dans lesquelles elles prennent place sont très dissemblables et configurent différemment les rapports à la mesure, à l'examen, à l'instrument - et très difficiles à appréhender - car, au delà des principes, les pratiques de chaque cabinet sont susceptibles de redéfinir fortement les marges de la négociation.

L'accouchement

En l'état actuel de notre recherche, il est difficile de se prononcer de façon péremptoire sur l'écart entre les deux pays en ce qui concerne la surveillance

prénatale. Les principes diffèrent, mais, comme nous l'avons souligné, et ceci constitue une différence importante par rapport à l'analyse d'Arney, il est nécessaire d'entrer dans le détail des consultations pour y voir se constituer les interprétations et l'expérience des femmes et des sages-femmes.

En revanche, l'accouchement proprement dit offre d'emblée des physiologies radicalement différentes dans les deux pays, notamment du point de vue de la surveillance. Dans les deux pays, c'est la femme aidée éventuellement de son compagnon et prévenue par la préparation qu'elle a reçue qui effectue un premier monitoring, en mesurant l'intervalle de temps qui sépare deux contractions. Cette opération qui, énoncée hors situation, paraît des plus simples, n'est pourtant pas évidente. Les premières contractions ne sont pas forcément très douloureuses, il n'est pas toujours facile de s'y repérer : les couples qu'ils soient néerlandais ou français se partagent le travail de mesure. Par exemple :

"Chris m'a réveillé à deux heures du matin. Nous sommes allés dans le séjour pour chronométrer les contractions et les noter. J'utilisais le télétexte qui donne le "time-code" avec les secondes, et comme ça je pouvais chronométrer très précisément les contractions. Ce qui me donnait beaucoup de travail, parce que j'étais assis sur une chaise, quand Chris me disait qu'une contraction arrivait, il fallait que je note très vite l'heure et que je me précipite sur le divan où elle était étendue pour lui faire un massage - pour atténuer la douleur dans les jambes et le dos - et ensuite, que je me reprécipite vers la télé et que je note l'heure de fin. Quand nous avons appelé la sage-femme à deux heures du matin, les contractions se sont arrêtées, et elle nous a dit de rappeler dans la matinée. ce que nous avons fait. Elle est venue, a examiné Chris, et puis rien du tout. Nous lui avons montré la liste détaillée des contractions, elle s'est marrée et nous a dit d'aller faire un tour et de ne plus utiliser le télétexte." (récit couple néerlandais)

En France, le scénario sera tout à fait comparable, à ceci près qu'au lieu d'appeler la sage-femme au moment prescrit, le couple décidera de se mettre en route pour la maternité. Et à partir de là, leurs chemins divergent de façon radicale. A son arrivée à la maternité, la femme française est examinée et installée dans une salle de consultation ou de pré-travail, avec un monitoring sur le ventre afin de vérifier la régularité des contractions : la surveillance qu'elle aura éventuellement effectuée chez elle avec l'aide d'instruments plus ou moins sophistiqués se trouve ainsi prolongée sous une autre forme dans la maternité. Le monitoring comprend deux capteurs, un qui enregistre les contractions de l'utérus et l'autre, le rythme cardiaque fœtal (RCF). La femme néerlandaise reste chez elle, et reçoit la visite de la sage-femme qui, après un rapide examen, repart et demande au couple de la tenir au courant de l'évolution.

Dès lors qu'il est reconnu que la femme française est effectivement en train d'accoucher, elle est installée en salle de travail, dépouillée de ses effets personnels, et branchée de manière continue sur un monitoring qui "crache" ses courbes imprimées sur listing ; elle est mise sous perfusion, et parfois même attachée à un appareil automatique de mesure de la tension. A intervalles réguliers, une infirmière passe lui prendre la température, la sage-femme l'examine afin de suivre les progrès accomplis dans la dilatation du col de

l'utérus et analyse les tracés du monitoring. Sa liberté de mouvement est nulle, elle n'a plus le droit ni de manger, ni de boire. Certes, il existe des établissements dans lesquels ces gestes ne sont pas pratiqués de façon systématique, où le monitoring est utilisé de manière intermittente, mais ils constituent plutôt des exceptions dans le paysage actuel, au moins en région parisienne.³²

Aux Pays-Bas, la femme conserve toute liberté de mouvement dans son environnement familial. La sage-femme écoute de temps en temps les bruits du cœur du fœtus, soit avec un Pinard, soit avec un Doppler, elle examine la femme de temps à autre. Pour éviter les infections, ces examens sont réduits au strict minimum dès lors que la poche des eaux est rompue. En fait, l'idée c'est qu'il n'est pas absolument nécessaire de réaliser un examen pour connaître le stade de progression de l'accouchement : le comportement physique, affectif de la femme en est un indicateur assez sûr. Des tests ont été faits avec des films : les sages-femmes sont capables de fournir une indication fiable de la dilatation à partir de ce qu'elles voient sur l'écran. Dans les entretiens que nous avons réalisés, les femmes aussi bien que les sages-femmes insistent sur cette proximité physique et émotionnelle, ces mécanismes d'empathie qui donnent aux sages-femmes la capacité de deviner l'état d'une femme à un moment donné. Tout se passe comme si le corps de la femme parlait de lui-même, au moins pour ceux qui savent déchiffrer son langage, et qu'il prenait une part d'autonomie.

Est-ce à dire que les compétences de la femme française sont réduites, qu'on ne fait pas confiance à son corps ? La réponse à cette question n'est pas aussi évidente qu'il y paraît à première vue. Un détour rapide par la comparaison des préparations à l'accouchement va nous permettre de spécifier ce qu'est l'accouchement dans les deux pays et la manière dont les dispositifs de surveillance s'y intègrent.

LES PRÉPARATIONS ET LA DÉFINITION DE L'ACCOUCHEMENT

Dans les deux pays, la préparation est une étape plus ou moins obligée sur le parcours de la naissance. Aux Pays-Bas, elle est assurée par des intervenantes spécialisées qui sont complètement distinctes des sages-femmes ; la proximité géographique et les indications des sages-femmes sont les principaux déterminants dans le choix d'un cours particulier. En France, ce sont souvent des sages-femmes qui dispensent cette préparation ; elle peut avoir lieu dans le cadre de la maternité et être assurée - mais ce n'est pas systématique - par des sages-femmes qui accompagnent les accouchements. Chaque maternité propose

³² Certains acteurs insistent fortement sur la différence qui existe entre la région parisienne et peut-être les grandes agglomérations d'un côté et, de l'autre, les petites villes de province dans lesquelles tout se passerait de manière beaucoup plus conviviale et plus souple : il serait important, dans un stade ultérieur de recherche, de cerner les différences effectives qui existent.

un certain nombre de cours qui ne suffisent généralement pas à couvrir toute la clientèle de la maternité : un certain nombre de femmes suivent des cours dispensés à l'extérieur par des sages-femmes libérales ou par d'autres intervenants³³, soit parce qu'elles n'ont pas eu de place à la maternité, soit parce qu'elles désirent une forme particulière de préparation qui n'est pas assurée dans ce cadre. Car la préparation peut être articulée autour de disciplines-outils différentes, sophrologie, haptonomie, yoga, gymnastique en piscine etc. Les sages-femmes de la maternité essaient d'orienter les femmes vers des préparations qu'elles connaissent, soit en filtrant l'accès au tableau des petites annonces, soit en proposant directement des adresses aux femmes qui les demandent. Dans les deux pays, une partie de ces cours est consacrée à la transmission de connaissances quant au déroulement physiologique de l'accouchement. Aux Pays-Bas, la préparation propose différentes techniques qui permettent de gérer au mieux l'accouchement et la douleur (respiration, positions, concentration, exercices pour le périnée) ; elle aide les femmes à développer une perception fine de leur enfant ; en outre, une ou deux séances se font avec et pour les futurs pères à qui l'on explique ce qui est attendu de leur part : reconforter leur femme, la masser, rester en tout état de cause, même si leur femme les pousse dehors. En France, ces différents aspects sont présents mais à des degrés divers, selon le type de préparation et l'environnement dans lequel l'accouchement est prévu. Dans les maternités qui pratiquent un taux élevé de péridurales, l'accent est mis sur les tâches qui incombent à la mère pour qu'elle mette au monde son enfant dans les meilleures conditions possibles :

"On ne vit pas son corps de la même manière selon qu'on a une péridurale ou pas. Le danger de la péridurale, c'est que, dans la tête des femmes, c'est comme si cela abolissait aussi les sensations du bébé. J'ai mis longtemps à me rendre compte de ça. Donc la préparation, elle est aussi pour le bébé. Ce qu'elles apprennent bien, c'est que le bébé continue d'avoir besoin d'être oxygéné, qu'il a besoin d'elle, et donc qu'il faut qu'elles apprennent à bien respirer. Et puis, la deuxième chose très importante, c'est qu'elles apprennent à pousser, dans la mesure où la péridurale diminue ou supprime le réflexe de la poussée." (entretien sage-femme hospitalière française)

Au delà de cette préparation personnelle qui permet l'intégration par la femme de certains schémas corporels, les maternités françaises proposent souvent des conférences, des séances d'information à destination de l'ensemble des femmes inscrites à la maternité. Dans une grande maternité parisienne, trois séances sont prévues : l'une traite de la péridurale, plutôt pour en vanter les mérites, rassurer les femmes sur son innocuité, et leur décrire la manière dont les choses vont se dérouler ; une deuxième séance est assurée par un pédiatre qui répond aux questions que peuvent se poser les parents concernant les soins à donner à leur futur bébé ; enfin, la troisième se veut une initiation au fonctionnement de la maternité. Le déroulement de l'accouchement et ses suites

³³ Il faut noter cependant que le remboursement de ces séances par la Sécurité Sociale ne peut avoir lieu que lorsque le professeur est agréé, c'est-à-dire généralement lorsqu'il appartient à une profession médicale ou paramédicale.

est décrit par le menu, depuis le départ du domicile : on indique le bureau des admissions, on précise la liste des objets nécessaires pour le séjour en maternité, la liste des objets et des personnes admis en salle de naissance, on décrit les différentes phases de l'accouchement, en précisant par exemple les conditions dans lesquelles une péridurale peut être posée, etc. Bref, il s'agit de s'assurer de la collaboration de la femme, voire du couple et d'éclaircir la question des droits et des devoirs de chacun :

"Tout notre discours de préparation à la naissance est fait pour qu'elles comprennent les motivations de notre suivi, et qu'elles sachent quels choix sont dans leur camp." (entretien sage-femme hospitalière française)

Dans le cas des Pays-Bas, la préparation est donc une expérience séparée du suivi médical, elle n'a pas besoin d'être liée fortement à la personnalité du cabinet de sages-femmes qui assurera l'accouchement ; à l'inverse, en France dans un certain nombre de cas, une part au moins de cette préparation est une préparation spécifique liée à la maternité particulière dans laquelle la naissance est prévue, qui prend en compte la topographie, l'organisation administrative, et l'organisation médicale de cette maternité. Pour interpréter ces différences, nous ferons l'hypothèse que l'accouchement en France est un acte éminemment collectif et que la préparation vise précisément à assurer une bonne coordination entre les différents intervenants de cet acte collectif : pour en revenir à notre point de départ, le corps de la femme n'est pas absent, mais c'est un corps domestiqué, maîtrisé à la fois de l'intérieur par la préparation, et surtout de l'extérieur par l'ensemble des dispositifs qui permettent de le discipliner. Aux Pays-Bas, en revanche, l'action est plus nettement du côté de la femme - c'est la raison pour laquelle la préparation peut être à la fois centrée sur l'individu et détachée des conditions de la naissance - et l'intégration du collectif se fait davantage sur le mode de la confiance, de la compassion, de la communion.

L'ACCOUCHEMENT EN FRANCE: CO-ACTION

La femme française, qui arrive pour accoucher, est donc prise dans un scénario qui lui attribue un rôle délimité : le scénario prévoit néanmoins qu'elle dispose de quelques marges de négociation et qu'elle peut, dans un certain nombre de cas, prendre part à la décision. En général, la pose et le maintien du monitoring et de la perfusion ne sont pas laissés à son appréciation : ceci étant, dans des cas exceptionnels, s'il vient à l'idée de la femme de discuter, elle peut obtenir des dérogations à la règle commune. Ainsi, récemment, une femme qui avait prévu d'accoucher dans une des rares maternités qui ne pratiquent pas le monitoring permanent, ni la perfusion systématique s'est retrouvée, par manque de temps pour se rendre dans cette maternité éloignée de son domicile, dans une grande maternité parisienne, très médicalisée : elle a demandé avec force à n'avoir ni monitoring, ni perfusion et grâce à sa détermination, elle a obtenu ce qu'elle désirait. Mais cela demande à la femme concernée de faire la preuve qu'elle est effectivement capable de gérer les processus de façon quasi-autonome : elle ne doit pas "craquer" dans la douleur, ce qui configure son

accouchement de façon très différente d'un accouchement néerlandais, pourtant lui aussi peu instrumenté. Dans la majeure partie des accouchements, même si la femme critique certains dispositifs ou certains actes, même si elle se plaint de désagréments comme le fait de ne pouvoir bouger pendant de longues heures, elle est prise dans ce collectif qui, en échange de sa coopération, lui garantit un accouchement "sûr" et éventuellement sans douleur ; dans ce contexte, la constatation faite par une femme : "on ne peut pas accoucher contre la sage-femme" prend un relief particulier. Ceci explique une partie des différences que l'on observe dans les récits que font les femmes de leur accouchement : la femme française peut être beaucoup plus critique, plus distanciée a posteriori, par rapport à son expérience, que la femme néerlandaise, d'autant que la stratégie non-interventionniste de la sage-femme néerlandaise et l'empathie dont elle fait preuve offrent peu de prise à la constitution d'une opposition.

La pose d'une péridurale est, en principe, faite à la "demande"³⁴ de la femme ; mais ce scénario peut être appliqué avec plus ou moins de rigueur :

"On avait tendance à dire à toutes: "prenez la péridurale, c'est vraiment très bien.". Maintenant les choses sont mieux perçues. Une femme qui dit "je verrai plus tard si j'en ai besoin", la sage-femme arrive à respecter cette demande." (entretien sage-femme hospitalière)

Les dispositifs de surveillance comme médiateurs

Une fois installée avec tous ces branchements, la femme ou le couple se voient confier un certain nombre de tâches, en particulier de surveillance des divers appareillages : on leur demande de veiller à ce que le monitoring reste sur le vert ou sur l'orange ; la femme doit se replacer correctement si la petite lampe rouge qui indique l'absence de signaux reçus s'allume ; elle doit appeler la sage-femme ou l'infirmière si elle ne parvient pas à rétablir la situation. On lui demande éventuellement de continuer à mesurer l'écart temporel entre les contractions. Dans ce collectif qui "travaille" en vue de l'accouchement, les instruments jouent un rôle très important : en forçant à peine le trait, on peut dire qu'ils deviennent des médiateurs obligés dans toutes les interactions entre les intervenants humains. Médiateurs entre les parents et le personnel médical :

"Pendant l'accouchement, l'infirmière prenait régulièrement ma température, vérifiait le monitoring, elle est venue à plusieurs reprises parce qu'avec la péridurale, il y avait une alarme qui se déclenchait régulièrement. C'était un problème avec le tuyau. En fait, il n'y avait pas de problème, mais l'alarme se déclenchait. L'infirmière venait. Ils ont fait venir l'anesthésiste, c'était un peu stressant, on se trouve un objet piqué de toutes parts, avec des machines qui couinent. L'alarme était censée signaler que le goutte à goutte de l'anesthésie ne fonctionnait pas bien." (entretien femme française)

"Pendant l'heure avant la péridurale, j'essayais de me mettre assise, mais ça n'allait pas pour le monitoring, on n'entendait plus le coeur du bébé. Toutes les deux minutes, il y avait des élèves qui passaient. Elles n'attendaient que ça, l'incident; elles disaient: prévenez-nous si c'est rouge. On vous charge de surveiller le rythme

³⁴ voir dans la partie consacrée à la douleur pour une analyse de cette "demande".

du bébé. Je sentais que j'aurais été mieux assise. J'ai fait relever au maximum la table. Mais si j'essayais de m'asseoir, 9 fois sur 10, le monitoring ne marchait plus, il était tout le temps sur le rouge." (entretien femme française)

Médiateurs aussi entre les parents :

"Mon mari veillait beaucoup plus au respect des consignes médicales, il me faisait prendre la température. Il avait noté à un certain moment que je commençais à avoir un peu de fièvre, l'infirmière a trouvé que j'avais un peu chaud, mais ça n'a rien changé et manifestement ça l'a ennuyé qu'il ne passe rien. Pour l'alarme, c'était plus lui qui se démenait pour qu'une personne vienne voir." (entretien femme française)

S'occuper des machines, alerter le personnel en cas de dysfonctionnement devient une manière pour le père de prendre part à l'événement, ce qui, curieusement, puisqu'elles participent à cet état de fait, surprend les sages-femmes :

"Il y avait une élève sage-femme qui se demandait pourquoi rester avec le couple: "qu'est-ce que je fais là à rester avec ce couple ? Je dérange leur intimité." Mais en approfondissant, elle me disait: "j'essaie de les laisser tous seuls, dès que je tourne les talons, j'ai des sonneries incessantes, ils me rappellent sans arrêt, parce qu'ils regardent le monitoring et qu'à tel moment, ça ne marche pas, alors ils appellent." Donc, elle se disait au départ qu'elle les empêchait par sa présence de communiquer entre eux, mais que finalement, elle se rendait compte que quand elle les laissait seuls, ils ne communiquaient pas plus, ils regardaient le monitoring." (entretien sage-femme hospitalière française)

Les professionnels considèrent souvent que tous ces équipements représentent la partie technique de l'accouchement, et qu'avec l'aide de la périnurale, tout est mis en œuvre pour que les parents vivent pleinement, dans la sérénité, l'événement. D'où leur étonnement, voire leur réaction scandalisée, lorsqu'ils se rendent compte que des parents ne se conforment pas à leur attente : une sage-femme se dit par exemple choquée de voir dans un reportage télévisé un homme et une femme chacun plongés dans la lecture d'un livre dans l'attente de la naissance ; ailleurs, un obstétricien s'écrie : "mais nous avons perdu le sens de la naissance !".

Enfin, ces dispositifs de surveillance constituent une médiation entre l'enfant et les autres acteurs qui font cercle autour de lui. L'enfant devient un personnage en partie individualisé par rapport à sa mère. Là encore une enquête ethnographique permettrait de suivre les fluctuations dans l'intensité de sa présence et de son autonomie. A entendre divers récits, on a l'intuition d'une variation dans la définition des acteurs et particulièrement de l'enfant. Certes, le rythme cardiaque qui s'imprime sur le listing ou même qui est retransmis par un haut-parleur rend manifeste l'enfant, mais les interactions qui ont lieu entre la sage-femme ou plus généralement le personnel médical et les parents semblent finalement faire assez peu de place explicite à l'enfant, sinon comme le débouché inévitable de l'accouchement : "vous aurez bientôt votre bébé !". En revanche, lorsque le déroulement de l'accouchement s'écarte d'un cours "normal", l'enfant peut prendre une plus grande place, en particulier comme dispositif d'intéressement permettant au personnel médical d'imposer aux

parents certaines décisions comme celles de faire une césarienne ou une épisiotomie par exemple. Mais là encore, il paraît vraisemblable que, selon les personnes, ces éléments soient rendus plus ou moins explicites.

Constitution du corps et de l'enfant

Les dispositifs de surveillance, monitoring, examens divers, ne sont pas simplement là pour vérifier l'absence de problèmes ; ils constituent, pour les acteurs en présence, le corps sur lequel porte le travail collectif et l'enfant autour duquel s'organise l'action. Les sensations de la femme sont reléguées au second plan, elles n'ont de pertinence qu'en tant qu'elles peuvent être retraduites dans le langage des courbes et des chiffres que délivrent les différents instruments. Au point que les instruments peuvent apparaître comme des médiateurs dans les sensations que la femme éprouve :

"La sage-femme m'a dit: "il faut que je vous laisse le tensiomètre, vous avez 4/2 de tension. Je me suis sentie partir, je ne sais pas si c'était à cause du chiffre annoncé ou parce qu'elle était basse. C'est la première fois que j'ai eu l'impression de tomber dans les pommes." (entretien femme française)

En constituant un corps sujet-objet de l'expérience collective, les instruments autorisent une gestion commune de l'accouchement : en fonction du déroulement de celui-ci et éventuellement de sa charge de travail, la sage-femme peut décider d'accélérer le mouvement, en rompant la poche des eaux ou en administrant des ocytociques³⁵ grâce à la perfusion en place, ou de le ralentir, en diminuant le dosage. Ces décisions peuvent être prises en y associant la femme : lorsque le travail est un peu long, la sage-femme lui demande si elle est fatiguée, si elle souhaite accélérer. Faute d'avoir pu, dans cette première phase d'enquête, observer des accouchements, nous ne pouvons dire quels sont les outils utilisés en pratique par les sages-femmes pour prendre telle ou telle décision. Il existe dans les livres des courbes, appelées "partogrammes", qui permettent de suivre la progression de l'accouchement (cm de dilatation) en fonction du temps. Ces courbes semblent être utilisées dans la plupart des pays, à l'exception des Pays-Bas où des indications de temps globales sont utilisées par la sage-femme comme un des critères permettant d'évaluer le caractère pathologique d'un accouchement. En France, ils semblent qu'il y ait des façons différentes d'interpréter les courbes :

"La durée normale d'un accouchement est de 8-10 heures pour un premier enfant sous péridurale. On s'arrange pour que l'accouchement se fasse avec une progression harmonieuse. Peu importe le temps à la limite. Une progression trop lente va nous orienter vers un travail dirigé (i.e. avec administration d'ocytociques). Il y a des femmes à profil lent, des femmes à profil rapide. Le danger, c'est qu'on impose à tout le monde des profils rapides." (entretien sage-femme hospitalière française)

³⁵ hormones qui favorisent les contractions.

Quels sont les indicateurs utilisés par la sage-femme, de quelle manière conçoit-elle la régulation du travail, quelle place donne-t-elle à la femme dans ce processus ? Il nous est difficile de répondre à cette question en l'état actuel de l'enquête. On constatera ici encore le caractère collectif du travail qui s'appuie sur un corps reconstruit pour l'occasion et étendu hors des frontières du corps physique de la femme, puisqu'aux hormones sécrétées par la femme, on n'hésite pas, même en l'absence de toute pathologie qualifiée, à ajouter des hormones extérieures.

Au moment de la naissance, l'accouchement comme travail collectif, comme co-action atteint un sommet, en particulier lorsque la femme est sous péridurale et ne ressent pas l'envie de pousser :

"Je ne ressentais pas les contractions du tout. Ce qui fait que pour pousser, c'est l'infirmière qui donnait le signal: elle regardait le monitoring pour me dire quand il y avait des contractions. La sage-femme et l'infirmière m'encourageaient. Ça s'est bien passé comme on m'avait appris. On m'avait dit que je serai soutenue, la sage-femme et l'infirmière m'aidaient à tenir le plus longtemps. Tout à la fin le bébé avançait bien mais il revenait en arrière entre deux poussées, l'infirmière m'a un peu aidée en l'empêchant de repartir."

Le corps en action déborde du corps physique, il comprend aussi le monitoring et l'infirmière interprétant et traduisant à la femme les indications données par le monitoring... et la main de l'infirmière qui retient le bébé... et les voix de la sage-femme et de l'infirmière qui accompagnent la contraction musculaire. Lorsque l'on regarde des films d'accouchements français et néerlandais, on est frappé par la différence de comportement des sages-femmes au moment de l'expulsion : la sage-femme néerlandaise parle très peu, très doucement et elle commente ce qui se passe entre deux contractions plutôt qu'elle n'intervient au moment de la contraction et de l'effort. Ces différences de comportement ne sont pas simplement liées à la péridurale : des documents plus anciens permettent de constater que la sage-femme française a depuis longtemps utilisé sa voix de cette manière particulière. Une linguiste³⁶, qui a étudié ce phénomène, montre à quel point la sage-femme prend part à l'effort de la femme par toute une série de modulations de la voix :

"Chaque poussée expulsive chez la femme en train d'accoucher va donner lieu à une sorte de chanson très particulière de la part de la sage-femme qui se fait selon un schéma très simple et totalement répétitif dans sa structure, un véritable refrain assez semblable dans tous nos exemples où alternent ordres et évaluations du type :

SF1 "allez-y, attrapez les barres... allez-y poussez, poussez encore encore encore encore encore encore encore encore encore, c'est bien là continuez, continuez, continuez bien le menton dans la poitrine c'est bien là il avance encore encore encore un peu et on souffle et on reprend de l'air, on inspire, on inspire, on bloque, allez, c'est bien..."

³⁶ Grosjean, M., 1988, *Mères et enfants à la maternité : apprendre à vivre ensemble*, Paris : Centurion. Infirmières d'aujourd'hui.

(...) Ainsi aux longues poussées expulsives de la mère, rythmées et provoquées par les longues contractions de la fin du travail, correspondent les refrains répétitifs de la voix de la sage-femme (qui cessent dès que la contraction s'arrête pour reprendre dès que celle-ci reprend et pour durer le temps que celle-ci dure) : ce n'est pas parce que la sage-femme dit de pousser que la femme pousse, mais c'est la sage-femme qui la fait pousser efficacement, qui évalue les effets de cette poussée et lui en renvoie le feed-back ; elle l'arrête dans son effort quand il n'est plus assez efficace parce que la contraction n'est plus assez forte, que la femme paraît trop fatiguée ou à bout de souffle, "on souffle et on reprend".

Le corps est ainsi redéfini de façon assez stricte par l'accouchement, la préparation ayant pour objectif de permettre une certaine coordination entre le corps senti et agi par la femme et celui qui est défini, perçu et aussi agi par le dispositif de l'accouchement : dans ce contexte, les dispositifs de surveillance jouent aussi un rôle de coordination entre les différents intervenants. Coordination implique bien une répartition de l'action entre les intervenants et une éventuelle dissymétrie dans leurs relations : la gamme des paramètres auxquels la sage-femme a accès et des décisions qui lui sont offertes est certes plus large que celles qui incombent à la femme. Mais la sage-femme a besoin à tout instant de la coopération de la femme, voire du couple : la femme n'est jamais réduite à une liste de paramètres fournis par les dispositifs de mesure, elle n'est pas "objectifiée", seul ce corps collectif sur lequel la femme, la sage-femme, l'infirmière etc. agissent peut l'être quand la femme l'autorise. Et tout manquement à cet égard est ressenti comme une agression violente :

"Devant l'élève sage-femme, la sage-femme était très précautionneuse. Elle me demandait si j'autorisais l'élève à m'examiner, ce que je pouvais refuser. Avec l'interne, l'élève a demandé: M'sieur, est-ce que je peux faire la révision et la couture? Est-ce que je peux le faire? Il était un peu hésitant; il lui a demandé si elle l'avait déjà fait. Elle a dit deux fois. Il a dit OK, sans qu'il ne juge à aucun moment utile de me demander mon avis. Ça ne lui posait aucun problème. Pendant qu'elle recousait, c'était la caricature. Elle faisait bien attention et lui était là: "là, tu me prend mon morceau, et là tu me le fais bien large." Il verbalisait; il lui disait tout ce qu'elle devait faire. J'avais l'impression d'être un paquet de viande. Ça a duré très longtemps." (entretien femme française)

Nous l'avons vu, il faut rendre le corps prévisible, discipliné, et les compétences de la femme vis à vis de son propre corps sont assez clairement délimitées : de ce point de vue, toute dérive par rapport au scénario prévu suscite des réactions. Ainsi, une femme en phase d'expulsion se rend compte que la position qu'on lui a apprise, tête relevée, ne lui convient pas et elle doit faire la preuve à la sage-femme que sa façon de faire est plus efficace ; une autre qui souffle en même temps qu'elle pousse se voit reprise par une élève sage-femme qui tente de lui appliquer une synchronisation différente entre l'effort et la respiration, avant que la sage-femme, ici plus libérale, n'intervienne : "Laissez-la faire. Elle se débrouille très bien." De manière générale, l'irruption d'un "corps sauvage" qui ne se plie pas à la discipline est vécu soit sur le mode de la pathologie - des "blocages psychologiques" empêchent la dilatation - soit sur le mode du miracle : la femme qui accouche "naturellement", facilement, sans aides est l'objet d'une admiration étonnée.

De façon analogue, l'imprévu peut susciter une angoisse, un sentiment de déroute du côté de la femme ; une sage-femme qui brusquement accélère les processus et semble presque paniquer, une péridurale pourtant promise et qui n'arrive pas, un accouchement un peu plus tôt que prévu :

"La préparation était très très bien. Mais comme le bébé est arrivé en avance, je n'avais pas eu le cours sur la fin de l'accouchement. Et je passais mon temps à dire: je n'ai pas appris, je ne vais pas savoir, je n'ai pas eu le cours. Et elles me disaient: ne vous inquiétez pas, on vous expliquera et je continuais à dire: je n'ai pas appris !"

tout décalage entre les attentes et la réalité menace la sécurité psychologique et compromet la "réussite" de l'accouchement, conçue comme la capacité à s'intégrer dans le scénario prévu sans défaillance psychologique ou physique : "Il faut faire face. Si on vous demande : ça va ? On répond : ça va !"

L'accouchement programmé comme aboutissement

Dans cette optique, le développement récent des déclenchements paraît compréhensible : dès lors que l'on considère un accouchement comme un acte collectif, qui nécessite la disponibilité et la bonne coordination entre une pluralité d'intervenants, la programmation devient le moyen privilégié de réunir les meilleures conditions médicales et socio-affectives : dans un ouvrage destiné au grand public et qui porte sur l'accouchement "programmé", l'auteur n'hésite pas à décrire la naissance non programmée comme une situation d'urgence qui plonge tout le monde, parents et soignants, dans la panique :

"Dans un cas, on arrive en catastrophe, pliée en deux par des contractions déjà très douloureuses, accompagnée par un mari très généralement affolé (...) Et l'on tombe sur une équipe médicale parfois disponibles, mais parfois aussi débordée de travail du style : "vous avez bien mal choisi votre jour, ma petite dame." ou bien "attendez là, on s'occupera de vous quand une salle sera libre."³⁷

Par ailleurs, il insiste sur la qualité de la surveillance rendue possible par le déclenchement prévu ; de ce point de vue, on retrouve portée à l'extrême la vision "classique" française qui considère l'accouchement comme un processus toujours sur le fil du rasoir :

"L'amélioration de la surveillance est à la fois quantitative et qualitative. Quantitative car on va pouvoir surveiller l'ensemble du travail depuis le tout début, puisqu'on le provoque, jusqu'à la fin. En cas de mise en travail spontanée, la surveillance ne peut commencer que lorsque la femme arrive à la maternité et certaines y arrivent tard, en fin de travail. Toute la première partie du travail qui s'est déroulée à la maison n'a pas pu être surveillée et si une souffrance fœtale ou tout autre problème s'y est produit, le geste qui sauve n'aura pas pu être fait à temps (césarienne par exemple). Qualitative car l'accouchement programmé se déroule au milieu d'une équipe médicale qui s'est réunie au grand complet pouvant ainsi faire face à tout instant à n'importe quelle complication imprévue. (...) Supposons par exemple qu'une transfusion sanguine soit nécessaire en

³⁷ Peter, 1993.

urgence; il est évident que les flacons de sang seront obtenus beaucoup plus vite en pleine journée, aux "heures ouvrables", plutôt qu'à trois heures du matin."

Bref, l'accouchement programmé représente la réalisation parfaite de l'accouchement, parce qu'il permet de faire fonctionner dans les meilleures conditions possibles le collectif formé des parents et des soignants. Cette pratique, qui a connu une expansion importante dans les années précédentes - certaines maternités font jusqu'à 50% de déclenchements - suscite cependant des controverses. Elle représente le point limite de ce qui est tolérable. Certains mettent en avant les difficultés médicales : les accouchements déclenchés sont plus longs, ils sont plus douloureux et sont donc quasi-systématiquement associés à la péridurale ; ils donnent lieu à davantage d'extractions instrumentales (césariennes, forceps etc.). D'autres admettent que l'on puisse réaliser des déclenchements pour convenance personnelle de la femme, lorsque, par exemple, celle-ci a d'autres enfants qu'il faut "caser", ou que son mari est toujours entre deux avions etc. La délimitation opérée par cette sage-femme plutôt opposée au déclenchement entre ce qu'elle admet et ce qu'elle n'admet pas est assez intéressante pour comprendre ce qui peut légitimer cette pratique :

"Les déclenchements, il y en avait beaucoup quand je suis arrivée. Il y avait un protocole dans la tête des sages-femmes et des médecins. Je leur ai demandé: à quoi ça sert? On m'a répondu: les femmes le demandent. Ce n'est pas tout à fait vrai. Les femmes disent: j'en ai marre, je suis fatiguée. Et les médecins ou les sages-femmes en face disent: si vous voulez, on vous déclenche. Parfois, c'est différent, une sage-femme qui fait le suivi de la femme lorsqu'elle approche du terme, sympathise avec elle, et elle lui dit: je suis là tel jour, si vous voulez, je vous déclenche. Là, ça ne me choque pas. Si elles ont envie de le faire ensemble, qu'elles le fassent ensemble. (...) Il y a quelque chose que je ne supporte pas: un jour je suis arrivée, il y avait deux déclenchements, un sur une femme qui avait un problème qui avait été hospitalisée, OK. La deuxième, je demande pourquoi: la sage-femme me répond: je ne sais pas. Je lui dis: vous êtes la vendeuse du 3ème étage, 8ème rayon, on vous a demandé de livrer un produit à telle date? J'étais furieuse." (entretien sage-femme hospitalière française)

Deux points paraissent importants dans cet entretien : l'acceptation du déclenchement pour "sympathie" entre la sage-femme et la femme exprime l'importance de l'accouchement comme travail collectif et donc met en valeur la bonne entente au sein de l'équipe ; la prise de position assez ferme sur les déclenchements de convenance qualifie ce travail collectif : l'accouchement ne peut être assimilé à une production industrielle. La réaction indignée que suscite presque toujours l'idée du déclenchement comme mode de gestion d'une maternité - on peut ainsi optimiser le remplissage des lits etc. - amplifie ce point : l'accouchement s'est instrumenté, rationalisé, collectivisé, mais vouloir le programmer systématiquement, c'est franchir une frontière sacrilège qui ferait de la naissance un vulgaire processus de production des humains.

Démédicaliser/ humaniser : quel débat ?

Les critiques de ces pratiques contemporaines se sont souvent concentrées sur la "déshumanisation" induite par la technicisation de l'accouchement.³⁸ Certains considèrent que cette évolution s'est traduite par un déséquilibre dans l'attention portée par les professionnels aux trois dimensions de l'accouchement, physique, psychique et sociale, déséquilibre au profit des aspects physiques : la solution devient alors de former les professionnels et d'organiser le travail de telle sorte qu'ils aient le temps matériel de prendre en charge le psychique et le social.³⁹

L'analyse que nous avons faite dissout cette opposition et la recompose différemment : les techniques permettent de construire un dispositif dans lequel l'accouchement devient un acte collectif ; dans ce scénario, les relations inter-individuelles ne sont en aucune manière antagoniques, elles sont simplement investies d'un sens particulier lié à la collaboration nécessaire entre les différents intervenants. La "qualité" des relations humaines n'est donc pas associée de façon mécanique au dispositif de l'accouchement, elle dépend pour une large part des individus en présence. Ces constatations sont beaucoup plus compatibles avec l'expérience des femmes, telle qu'elles la décrivent, expérience qui ne met que rarement en cause les relations entretenues avec les sages-femmes, lesquelles sont la plupart du temps perçues comme "gentilles", "adorables", "chaleureuses", "sympathiques" etc.

En revanche, le fait que ce scénario soit plus ou moins imposé, comme une évidence et avec un mélange d'autorité et de gentillesse, et que la répartition des rôles, des compétences, des droits entre les différents acteurs, ne soit que peu négociable conduit à un sentiment d'inconfort, d'impuissance, voire d'arbitraire. Un exemple parmi d'autres déjà cités :

"Pendant ma grossesse, je m'étais renseignée pour savoir s'il était possible de relever la table pour pouvoir être en position semi-assise, parce que je ne me voyais pas du tout pousser en position couchée. On m'a dit : pas de problème, on peut vous mettre comme vous voulez. Manque de chance, avec la sage-femme qui était de garde, il n'y a pas eu moyen de l'obtenir. Elle était très gentille, note bien. Mais chacun a ses petites manies, c'était pas dans ses schémas mentaux. Et moi, je sentais bien que ça n'allait pas, que je ne poussais pas comme il faut, avec la tête et pas avec le ventre." (entretien femme française)

³⁸ voir en particulier: Haut Comité de la Santé Publique, 1994 op.cit., Birman, C., 1994, "La démedicalisation", *Les dossiers de l'Obstétrique*, n°213 ; Nisand, I., 1994, "Démédicaliser ou humaniser?", *Les dossiers de l'Obstétrique*, n°213 .

³⁹ C'est par exemple ce qui est préconisé dans le rapport du Haut Comité de la Santé Publique, op. cit. p.41 : "La formation des gynécologues-obstétriciens qui est très tournée vers la technique les amène à sous-estimer les composantes psychologiques et affectives de la naissance. Ce qui les amène à parler "d'humanisation" de la naissance, comme d'une composante secondaire et surrogatoire d'un événement humain par excellence. En cela, ils se font un tort qu'ils ne méritent pas. La presse, l'angoisse, le temps compté sont sans doute une explication : ils ne peuvent consacrer à l'aspect psychologique le temps qu'ils vouent à la sécurité physique."

La question n'est pas ici de savoir s'il faut "humaniser" ou "démédicaliser", mais bien plutôt pour les femmes de se voir ouvrir un espace de négociation et de savoir au nom de quels arguments on leur impose telle ou telle contrainte.

Les modèles alternatifs

Face à ce qui a été qualifié de "médicalisation de la naissance", divers mouvements alternatifs se sont développés depuis le début des années 70 qui critiquent explicitement l'utilisation des dispositifs modernes de surveillance en continu ; trois formes principales d'argumentaires sont mises en avant.

La première forme d'argumentaire est développée, en France, par Michel Odent⁴⁰, qui s'oppose à l'intervention médicale et tout particulièrement à la surveillance systématique au nom d'une conception "naturaliste", au sens biochimique du terme, de l'accouchement. Selon Odent⁴¹, qui s'appuie sur toute une série de recherches fondamentales, l'accouchement est un processus complexe dont la régulation s'effectue par le biais de sécrétions hormonales : ces sécrétions hormonales ont lieu dans les structures profondes du cerveau - redéfini par la physiologie moderne comme le siège d'activités neurologiques et endocriniennes - au niveau de l'hypothalamus et de l'hypophyse, soit dans une zone qui correspondrait au cerveau primitif de l'homme et qui se trouve mobilisée dans les situations où il y a relâchement des activités "élaborées", comme, par exemple, dans les phases d'endormissement.

Autrement dit, à condition que l'on s'abstienne de toute stimulation du néo-cortex, siège de ces activités humaines élaborées et source d'inhibitions, la parturiente se retrouverait dans une situation proche de celle de tout mammifère, ce qui permettrait un déroulement optimal des différents processus imbriqués dans l'accouchement : ainsi, par exemple, des travaux ont montré que les contractions douloureuses provoquent la sécrétion d'endorphines, apparentées à la morphine, qui à la fois diminuent la sensation douloureuse, stimulent la sécrétion de prolactine laquelle favorise la montée de lait, provoquent une maturation des poumons du nouveau-né, dilatent ses pupilles ce qui le mettra ainsi dans un état particulièrement propice à l'établissement des premiers contacts avec sa mère etc. Parallèlement, le relâchement de la conscience chez la femme va lui faire retrouver certains

⁴⁰ Il nous est difficile de préciser quel est l'impact des conceptions d'Odent et en quoi ces conceptions sont partagées par d'autres obstétriciens français ou étrangers. Il travaille aujourd'hui à Londres dans un des grands hôpitaux universitaires et semble donc bénéficier d'une reconnaissance importante en Grande-Bretagne. Par ailleurs, il est souvent invité dans les colloques en France : ce fut le cas par exemple au colloque de l'association Sages-Femmes International qui se déroulait au début mai 95 à Biarritz et aux Journées de Néonatalogie organisées à la Faculté de Médecine à Paris à la fin du même mois. En même temps, on n'a pas l'impression que ses idées bénéficient d'un fort consensus, et il semble occuper plutôt la place du provocateur patenté.

⁴¹ Communication au colloque de l'Association Sages-femmes International, Biarritz, 3-5 mai 1995

instincts : ainsi, elle adoptera spontanément les positions susceptibles de faciliter l'accouchement.

Mais tous ces mécanismes ne peuvent fonctionner qu'à condition de créer l'environnement favorable, c'est-à-dire l'environnement qui permette une mise en veilleuse des fonctions néo-corticales : le moins de lumière possible, le minimum d'interventions, pas ou peu d'échanges de paroles, pas de regard porté sur la femme, ce qui exclut évidemment tout dispositif de surveillance intrusif. Pour parachever sa démonstration, Odent s'appuie sur une quinzaine d'études randomisées, réalisées dans les pays anglo-saxons, selon lesquelles le monitoring en continu n'aurait aucune incidence sur les taux de mortalité et de morbidité ; son seul effet serait d'augmenter le taux d'extractions instrumentales, césariennes et forceps. Ces résultats sont controversés en France, nous reviendrons sur ce point dans la suite, mais ils permettent en tout cas de soutenir que les techniques de surveillance intrusives n'induisent pas un bénéfice tel que cela neutralise leurs effets négatifs : immobilisation, stimulation néo-corticale. Pour Odent, il existe une solution technique qui permet un minimum de surveillance sans perturber le déroulement physiologique de l'accouchement : le Penndopler ou Doppler de poche.⁴² A la différence du Pinard qui suppose une position allongée de la femme, le Penndopler peut être utilisé dans n'importe quelle position, à condition que le ou la praticien(ne) acceptent, eux, de se mettre dans une position compatible avec celle de la femme ; il est relié à un casque, l'écoute est donc individuelle et la femme n'est pas perturbée par un bruit externe. La position d'Odent n'est donc pas caractérisée par une simple opposition à la médicalisation : à l'inverse, on pourrait dire qu'il a une définition très sophistiquée de la médicalisation qui prend appui sur une mobilisation extrême des connaissances scientifiques. Il entre dans le débat avec des arguments recevables par les autres obstétriciens ; en revanche, les deux autres argumentaires que nous allons aborder restent plus en retrait par rapport au discours médical et adoptent davantage des positions de principe basées sur une certaine définition de ce qu'est l'accouchement.

Certaines sages-femmes ou certains praticiens adoptent une position non-interventionniste pour des raisons qui sont à la fois proches et lointaines de celles mises en avant par Odent : il faut laisser la femme la plus libre possible, interférer le moins possible avec le processus de l'accouchement pour lui permettre de recontacter non pas son être primitif, trace du passé animal de l'espèce, mais quelque chose qui s'apparente davantage à l'inconscient psychanalytique : la naissance de l'enfant est alors envisagée comme une renaissance de la femme elle-même qui doit affronter son passé, lutter contre la tentation de se replier sur ce passé et accepter de s'ouvrir vers le futur.

Dans ce contexte, la construction de points de référence extérieurs, comme ceux proposés par les dispositifs de surveillance qui qualifient les processus en

⁴² Odent, M., 1995, "L'enregistrement en continu du rythme du cœur fœtal", in J. P. Relier (ed.), *XXVes Journées Nationales de Néonatalogie 1995*, Paris : Karger.

cours par rapport à un modèle purement physiologique, sont autant d'obstacles qui empêchent la femme de trouver ses propres références, de "faire son chemin" comme dit une sage-femme, et de se transformer au travers de ce qui ressemble à une épreuve initiatique ; de même que toute intervention destinée à soulager la douleur se trompe de cible, car la douleur de l'accouchement prend sa source dans une souffrance psychique, et bloque cette transformation.

Dans cette optique comme dans celle d'Odent, on remarquera que les différents aspects de l'accouchement qui se trouvent en partie séparés par les pratiques hospitalières standard - d'un côté, on "gère" la douleur, de l'autre, on suit la dynamique de l'accouchement - sont intégrés dans un seul tableau qui s'organise pour Odent autour de la cohérence biologique des processus et dans l'autre cas autour de la cohérence d'une expérience spirituelle inscrite dans l'expérience corporelle.

Enfin, pour d'autres acteurs, l'accouchement est un événement naturel et familial qui ne nécessite pas, dans la plupart des cas, le recours à la technique médicale, elle-même envisagée comme une source de contraintes fortes : immobilité, impuissance, éloignement du milieu familial... Cette approche, plutôt de type pragmatique et qui trouve une source d'inspiration dans le modèle hollandais, est principalement liée aux associations parents/ sages-femmes en faveur de la naissance à la maison. Est-ce à dire que les 0,5% d'accouchements qui se déroulent à domicile en France peuvent être comparés avec les accouchements à domicile aux Pays-Bas ? Nous avons l'intuition, qui mériterait d'être étayée, que la réponse est ici négative pour de multiples raisons : elles tiennent, entre autres, à la prédominance d'un modèle hospitalier qui définit, par opposition, une partie de ce que peut être l'accouchement à domicile en France, et aux relations qui s'établissent de fait entre l'hôpital et le domicile. À cet égard, peut-être faudrait-il établir une distinction entre les accouchements à domicile en milieu urbain, qui ne peuvent être analysés que comme un refus de l'hôpital et les accouchements à domicile en milieu rural : dans la région de Millau, par exemple, il y a eu un mouvement relativement important en faveur de l'accouchement à domicile, pour des raisons multiples parmi lesquelles l'éloignement des hôpitaux joue probablement un rôle.

L'ACCOUCHEMENT AUX PAYS-BAS : COMMUNION

Dans cette partie, nous nous concentrerons sur l'accouchement "normal" à domicile ou en polyclinique, qui, rappelons-le, représente de l'ordre d'un tiers des naissances. Dans une perspective à plus long terme, il serait intéressant de comparer ce qui se passe à l'hôpital, que la décision de transfert ait eu lieu avant ou pendant l'accouchement : se retrouve-t-on dans une situation proche de la situation française ou peut-on observer une manière différente d'inclure les dispositifs de surveillance dans les interactions ?

La mesure comme corps à corps

Comme nous l'avons déjà suggéré, la sage-femme néerlandaise est très peu interventionniste. Ses instruments de mesure sont en faible nombre : ses oreilles qui lui permettent de déceler à la voix, dès le premier appel téléphonique, s'il y a lieu ou pas de se déplacer rapidement, un Pinard ou un Doppler pour écouter le cœur du bébé, les doigts de la main pour mesurer la dilatation. L'utilisation du monitoring, telle qu'elle est pratiquée en France, ne peut se faire qu'à l'hôpital, dans les cas pathologiques et donc sous la responsabilité d'un médecin : ainsi, certains paramètres comme l'espacement des contractions, leur durée, leur intensité ne sont accessibles qu'à travers la perception qu'en a la femme, laquelle constitue d'une certaine manière le premier dispositif de surveillance de son propre accouchement.

En d'autres termes, les instruments utilisés par la sage-femme sont soit inclus dans son propre corps, lui même dressé par un apprentissage, soit son prolongement direct ; il n'y a pas d'instrument de mesure qui se séparerait de la sage-femme et à l'inverse, viendrait prolonger le corps de la femme, comme cela est le cas dans la plupart des accouchements français. Ceci implique que toute mesure impose la mise en rapport physique entre la sage-femme et la femme. L'intuition, l'espèce de connaissance intime de la femme qui, comme nous l'avons mentionné plus haut, permet à partir de certaines perceptions une forme de "mesure" du travail en cours, se trouve donc en continuité forte avec la pratique instrumentale :

"Il y a une technique du toucher vaginal et il y a aussi une technique de l'instinct, des bruits que produit une femme qui est en travail, des changements dans le rythme respiratoire qui nous avertissent d'une évolution." (entretien sage-femme)

À partir de cette mise en rapport des corps et des perceptions de la femme et de la sage-femme, celle-ci va effectuer un travail de traduction de ces perceptions en termes compatibles avec une description obstétricale ; il s'agit là encore d'une différence importante entre la situation française et la situation néerlandaise : en France, le monitoring et son imprimante produisent un compte-rendu qui est lisible directement (et n'est lisible que) comme compte-rendu obstétrical ; aux Pays-Bas, à domicile, c'est la sage-femme qui traduit les perceptions en langage obstétrical. Ceci permet de laisser à la limite de l'implicite tout ce qui est de l'ordre du médical : ce qui ne veut pas dire que le médical est absent de la relation établie entre la sage-femme et les parents. Il est là comme compétence incorporée de la sage-femme et fonde en partie la confiance que les parents lui accordent ; mais tant que tout va bien, et la sage-femme est la garante de ce "tout va bien", la femme n'a pas comme en France, ou très peu, à participer à la construction de ce compte-rendu obstétrical : la sage-femme lui demandera par moments de prendre telle ou telle position afin qu'elle puisse l'examiner ou écouter les battements du cœur, elle lui indiquera que "tout va bien", "ça progresse", qu' "elle se débrouille très bien" énoncés qui se tiennent toujours à la lisière du médical, afin de la mettre en confiance, mais elle n'interviendra pas ou rarement sur le déroulement de l'accouchement.

Implicitation / Explicitation

Cette implicitation du médical est le résultat d'un travail actif : nous avons vu plus haut que la plupart des sages-femmes disent utiliser un Doppler qui permet l'écoute collective durant la grossesse ; quelques-unes le font aussi au début du travail. En revanche, dès lors que cette écoute pourrait, du côté des parents, ouvrir la voie à une interprétation médicale en termes de pathologie, la sage-femme utilise soit le Pinard, soit le Penndoppler qui ne permet qu'une écoute individuelle au casque mais autorise une plus grande liberté dans la position d'examen que le Pinard. Lorsque le travail touche à sa fin, et tout particulièrement lors de l'expulsion, le rythme cardiaque du bébé connaît des accélérations et des ralentissements qui, selon les sages-femmes, peuvent être anxiogènes pour les parents. De la même façon, les quelques instruments dont elles peuvent avoir besoin en fin de travail (matériel pour faire et suturer une épisiotomie par exemple) sont installés très discrètement, hors de la vue de la mère. Une sage-femme dit même qu'elle laisse l'oxygène dans sa voiture car la valise est vraiment "trop rouge".

Du point de vue du groupe de sages-femmes britanniques qui s'inspirent du modèle hollandais pour développer à nouveau des accouchements à domicile dans leur pays, ces pratiques sont "politically incorrect", car elles établissent une dissymétrie forte entre la sage-femme et la femme : alors que durant la grossesse, ces sages-femmes n'écoutent le cœur que sur demande des parents, elles utilisent, à l'inverse de leurs homologues néerlandaises, le Doppler pour l'accouchement et expliquent aux femmes que les décélérations entendues sont normales. De ce fait, elles introduisent une rupture forte par rapport au modèle hollandais, dans la mesure où elles effacent la frontière entre ce qui est médical et ce qui ne l'est pas, ou entre le soutien, la communion qui est au cœur de la relation entre la sage-femme néerlandaise, et la surveillance médicale qui doit rester toujours confinée sur les marges de l'interaction.

Cette implicitation du médical peut être pour la sage-femme une position difficile à tenir, génératrice d'anxiété, car non seulement, la sage-femme est très solitaire dans la prise de responsabilité :

"C'est sûr, il y a des naissances qui se passent très facilement et où je reste les bras croisés, mais... Hier, par exemple, je suis arrivée à l'hôpital à 11 heures avec une cliente et j'en suis repartie à 4 heures. un accouchement difficile. J'étais constamment dans le doute : est-ce que je dois faire ci ou ça, et en définitive, ça s'est bien passé au sens où j'ai pu le gérer et où je n'ai pas eu besoin d'en référer à un médecin. Mais, ça a duré trop longtemps, aussi, vous vous demandez si elle n'aurait pas dû avoir une perfusion (NDLR: ce qui aurait impliqué qu'elle passe entre les mains du gynécologue). C'est une question d'honneur, ce n'est pas drôle pour la femme (d'être transférée dans les mains de quelqu'un d'autre), pas drôle pour vous non plus, donc on ne le fait que si c'est strictement nécessaire. (entretien sage-femme néerlandaise)

mais toute décision de recours à une aide médicale est perçue comme un échec personnel et un échec de la profession : la sage-femme n'a alors plus aucun contrôle sur ce qui se passe, c'est une cliente perdue pour elle et pour les sages-femmes collectivement.

Le médical est en revanche explicité dès lors que la sage-femme considère que la limite du pathologique est franchie : lorsqu'elle doit convaincre les parents d'aller à l'hôpital, elle motive sa décision en termes médicaux. De même, dans des situations plus "ordinaires" où la coopération de la femme est requise, elle fera là aussi appel à ce savoir médical qu'elle laisse implicite autrement :

"J'écoute avec le Penndopler plusieurs fois. Et si durant l'expulsion, le rythme cardiaque est à 30 au lieu de 120, alors il faut que ça se passe vite, que l'enfant naisse rapidement et il est trop tard pour aller à l'hôpital. Je dis toujours ce qui se passe. Ça marche assez bien : si je lui dit que son bébé ne va pas bien et qu'elle doit faire le maximum qu'elle peut pour qu'il naisse rapidement, elle fait vraiment le maximum ! Je ne peux pas travailler sans la femme. Il faut qu'elle me fasse complètement confiance." (entretien sage-femme néerlandaise)

La surveillance comme mode d'entrée dans la relation

Est-ce à dire que le travail de la sage-femme néerlandaise serait scindé en deux parties, une surveillance de type médical qui a pour objectif de déceler tout glissement vers la pathologie, et un travail de soutien psychologique qui n'aurait aucun rapport avec la surveillance proprement dite, à ceci près que le soutien psychologique ne serait plus pertinent dès que la limite de la pathologie est franchie ? Nous partirons en fait plutôt de l'hypothèse inverse, à savoir d'une relation et d'une continuité entre ces deux aspects. Car cette intelligence de la situation, qui est très valorisée par les femmes, résulte d'une imbrication entre capacité d'analyse "médicale" ou "physiologique" et capacité d'analyse "psycho-sociale" :

"Elle a ausculté le cœur du bébé à chaque fois qu'elle est venue, c'est-à-dire trois fois. Et elle m'auscultait moi aussi : ça ne fait pas mal en soi, mais c'est le fait d'être couchée qui était douloureux. Je ne pouvais pas rester couchée pendant les contractions, elles étaient trop fortes. A un moment, elle m'a dit de me mettre sur le côté gauche, parce qu'elle pensait qu'avec des contractions aussi fortes, cela pouvait accélérer la dilatation. Mais je ne pouvais pas ; je hurlais et à un moment, elle m'a giflée pour me faire sortir de ma panique. Elle était formidable. La première fois qu'elle est venue, elle m'a dit : quelle jolie maison ! Est-ce que ça vous ennuyait que je m'asseye sur votre lit ? Elle a tout de suite compris la situation ; je crois qu'il y avait une forme de transmission de pensée entre nous. Par exemple, ma belle-sœur était là aussi, elle était venue avec nous aux séances de préparation, et la sage-femme a tout de suite établi la relation avec elle aussi : "est-ce que vous pourriez faire quelque chose à manger, parce que peut-être que l'accouchement va durer un peu et Marco et vous aurez besoin de manger." (...)

Et au moment de partir à la maison de naissance, son tour de garde était terminé, et j'ai détesté cette idée. Je lui ai dit. Ma belle-mère et la sage-femme m'ont transportée dans les escaliers, et quand je suis montée dans la voiture, je me suis cogné la tête et quelque chose s'est produit et j'ai commencé à avoir des contractions terribles. Et la sage-femme m'a dit : "je vais venir avec vous". Après coup, elle m'a dit qu'elle avait eu l'impression que les choses s'accéléraient brutalement et que ces contractions étaient différentes des précédentes." (entretien femme néerlandaise)

Les compétences proprement professionnelles de la sage-femme, sa connaissance des mécanismes physiologiques ne sont pas mises à l'écart dans sa manière de participer à un accouchement "normal" : elles lui servent de point d'appui pour déterminer la conduite à tenir, pour décider s'il faut gifler une femme ou la conduire à l'hôpital, pour décider si elle peut terminer l'accouchement ou pas etc. D'un certain point de vue, ces compétences représentent même une condition nécessaire à l'établissement de cette forme de communion avec la femme.

L'accouchement, communion et performance

À première vue, l'accouchement néerlandais tolère et même encourage une grande liberté par rapport à l'accouchement français, liberté de mouvement, liberté d'expression, en échange d'une contrainte qui porte sur la faiblesse des moyens techniques externes mis à disposition de la femme pour l'aider dans cette expérience. Ce point est à la fois évident - il est sûr que les degrés de liberté sont plus grands aux Pays-Bas qu'en France - et probablement à nuancer : lorsque l'on visionne des films sur des accouchements qui se déroulent dans des conditions similaires dans différents pays (Suède, Québec), on est à la fois frappé par un certain nombre de similitudes entre les accouchements - expression de la douleur qui s'oppose à l'image "sereine" de la femme française sous péridurale ou même dans un film plus ancien sur l'accouchement sans douleur, rôle du père très présent physiquement par rapport au père français qui se fait tout petit dans la salle de naissance et se contente de tenir la main de sa femme - et des dissemblances qui renvoient l'image de pratiques sensiblement homogènes dans chaque pays. Ainsi, la femme néerlandaise commence souvent le travail d'expulsion sur le siège spécial, apporté par la sage-femme, et le termine accroupie : le père est dans les deux cas requis pour servir d'appui au dos de sa femme. Le cordon est coupé par le père, la sage-femme se met assez vite en retrait etc. Dans les films suédois pour prendre un autre exemple, les femmes aidées de leur mari se balancent d'avant en arrière durant les contractions, apparemment pour soulager la douleur.

Bien évidemment, la réalisation d'un document audiovisuel repose sur la mise en scène d'une pratique qui se veut exemplaire. Mais il semble bien, et ce ne serait pas particulièrement étonnant, qu'au travers de la sage-femme et de la préparation suivie, l'attitude et le comportement de la femme et de son entourage soient orientés de manière sensible. En particulier, que ce soit dans les cours de préparation ou au moment de l'accouchement, la place du père fait l'objet de prescriptions assez fortes, qui portent l'accent sur sa mise en rapport physique avec sa femme : il doit masser et soutenir physiquement son corps. Si l'action reste du côté de la femme, le père entre lui aussi, selon des modalités différentes de la sage-femme, dans une sorte de communion corporelle avec sa femme.

La scène de l'accouchement semble donc s'organiser en deux plans, un premier plan centré autour de la femme, du mari et de la sage-femme, pris dans

une forme de communion avec la femme dont les ressorts sont différents selon qu'il s'agit de la sage-femme ou du mari, un second plan où s'affairent le plus discrètement possible, l'aide maternelle arrivée lorsque l'accouchement touche à sa fin et qui s'occupe de préparer le linge par exemple, et éventuellement quelques proches.

Même si la sage-femme et le père l'encouragent, la réconfortent, la soutiennent physiquement, l'action est principalement du côté de la femme. Du point de vue de la sage-femme néerlandaise, un accouchement est réussi lorsqu'elle a eu à intervenir le moins possible, qu'elle n'a pas eu besoin de faire usage de persuasion pour que la femme continue son effort, que l'entourage et tout particulièrement le père a su conforter la femme. Et lorsque l'on demande à une sage-femme de raconter une histoire réussie, on obtient un récit de ce type : il s'agit d'une femme qui avait très peur d'accoucher car elle disait que sa mère et sa sœur avaient eu des accouchements douloureux voulait aller à l'hôpital pour pouvoir bénéficier d'une péridurale. La sage-femme la convainc de rester à la maison au moins pour le démarrage. Celui-ci est très laborieux ; après 48 heures de contractions, elle rappelle la sage-femme :

"Elle a appelé à deux heures du matin, avec des contractions toutes les 4mn. Je lui ai demandé si elle voulait que je vienne tout de suite, ou si elle voulait continuer encore toute seule. Elle a rappelé à 3 heures en criant : je n'en peux plus ! J'ai mal ! Venez maintenant ! Quand je suis arrivée, elle était vraiment très mal. Je me suis assise, je lui dis qu'elle se débrouillait très bien ; elle en était à 8 cm, et donc ça allait bien effectivement, mais je ne lui ai pas dit. Elle hurlait: "Ces horribles contractions, je ne peux plus les supporter !" Je lui ai dit à ce moment-là : vous n'aurez pas à les supporter très longtemps, parce que vous en êtes à 8 cm ; ça ne pourra pas être pire. Mais si vous voulez aller à l'hôpital, pas de problème, on y va." Elle m'a répondu : "Mais vous êtes folle !" qu'il n'était pas question qu'elle aille à l'hôpital. J'aime ça, quand les femmes sont comme ça, elles laissent complètement aller et elles font les meilleurs accouchements. Elle est montée prendre une douche pour les derniers centimètres, et brusquement nous avons entendu un espèce de grand cri, elle voulait pousser, j'ai mis le tabouret sous la douche et je lui ai dit de commencer à pousser, et 45mn après, elle a donné naissance à un magnifique petit garçon. Elle a tout de suite appelé sa mère, elle souriait comme une reine : "Bonjour Maman, tu es grand-mère d'un beau petit garçon." Sa mère lui a demandé : "comment ça va ? On dirait que ça va bien, ça doit faire un moment déjà ?" Et elle : "non, non, c'était juste il y a une heure, c'était rien du tout, juste sous la douche." (entretien sage-femme néerlandaise)

Les récits de femmes que nous avons recueillis sont beaucoup plus ambigus : cette idée de performance est moins présente ; si elles sont satisfaites d'avoir réussi à accoucher sans intervention médicale, elles ne donnent pas une image triomphante d'elles-mêmes, qu'on se souvienne par exemple, cette femme qui reconnaît avoir eu besoin d'une gifle pour sortir de sa panique. Elles insistent sur le fait qu'elles sont dépassées, qu'elles ne contrôlent pas ce qui se passe et que la sage-femme a un rôle très important de corde de rappel : elle leur permet de savoir où elles en sont, elle évite qu'elles se laissent complètement submerger par la douleur. Il n'y a pas de triomphe, mais des souvenirs mêlés, certains d'une grande intensité dans la joie ou la douleur, d'autres dont le relief est plus ordinaire.

Conclusion

En suivant le fil de la surveillance, nous avons vu peu à peu se déployer l'ensemble de l'accouchement : pour comprendre le sens des dispositifs de surveillance, nous avons besoin de les mettre en relation avec la manière dont, plus généralement, les acteurs qualifient l'accouchement et se représentent leurs rôles spécifiques ; de façon symétrique, la construction effective des interactions entre les intervenants, le déroulement de l'accouchement et les formes de narration qui lui sont associées s'appuient ou du moins sont en relation forte avec les dispositifs de surveillance. De façon raccourcie, nous avons vu s'opposer deux conceptions très différentes : dans un cas, l'accouchement est conçu comme un acte collectif, un peu périlleux, dans lequel les dispositifs de surveillance jouent un rôle fondamental, de médiation et de coordination ; ces dispositifs installent l'accouchement dans un monde quadrillé par le langage obstétrical et où l'expression des personnes est fortement contrainte dans les limites d'une sorte de bienséance⁴³. Dans l'autre cas, à l'inverse, les relations entre les intervenants passent par une mise en rapport des corps, prolongés éventuellement par quelques instruments très légers ; le médical est présent, mais doit rester implicite dans les relations interindividuelles ; l'expression "émotionnelle" est forte et la forme de communion qui caractérise le mode d'implication des individus obéit à des schémas non dénués de ritualisation.

Nous avons insisté fortement sur la liaison entre dispositifs de surveillance et conceptions de l'accouchement ; à l'inverse, on peut s'interroger sur la flexibilité de cette liaison. L'état actuel de notre travail ne nous permet pas de donner une réponse définitive à cette question : il serait dans cette optique particulièrement intéressant d'observer 1) l'activité de diverses maternités françaises (en particulier sous l'angle des formes de négociation à l'œuvre) et 2) l'activité en polyclinique néerlandaise (milieu hospitalier sans "technologies"). Par ailleurs, comment évaluer le degré d'irréversibilité de chacune de ces configurations ? Nous avons déjà tenté d'apporter quelques éléments de réponse sur le cas néerlandais dans la partie consacrée à la sécurité et nous avons vu comment l'utilisation et la non-utilisation de certaines techniques étaient constitutives de l'organisation des professions aux Pays-Bas et comment, de ce fait, la multiplication des techniques disponibles assortie de la construction d'une demande chez les femmes apparaissait comme une menace à l'encontre de cette organisation. En France, la situation paraît, à première vue, assez bloquée : il semble difficile d'imaginer que des chefs de service décident par exemple de ne plus utiliser systématiquement le monitoring. Plusieurs acteurs invoquent le poids grandissant du médico-légal et il est exact que des

⁴³ cf par exemple le cas d'une des femmes, filmées dans le documentaire de Marika Prinçay "Accoucher aujourd'hui, diffusé sur FR3 le 12 juillet 1995 : cette femme est en phase d'expulsion, et en même temps qu'elle pousse, elle laisse échapper une sorte de gémissement grave et continu. La sage-femme la reprend en lui disant : "tu recommences, mais je ne veux plus rien entendre, ça ne sert à rien, c'est une perte d'énergie."

praticiens ont été condamnés après la naissance d'un enfant handicapé ou le décès d'un enfant parce qu'ils n'avaient pas utilisé en continu le monitoring : mais les juges appuient leur condamnation sur les dires d'experts qui sont des professionnels ; il conviendrait alors de s'interroger sur la manière dont cette expertise est organisée et sur le fait qu'il semble y avoir un quasi-consensus de l'expertise française alors que cette question est controversée au niveau international depuis plus de 15 ans sans qu'aucune étude ne semble pouvoir clore le débat. Arney⁴⁴, par exemple, consacre à cette controverse un chapitre de son livre et l'on retrouve treize ans après les mêmes arguments et contre-arguments, sans que cela n'incite quiconque au moins en France à modifier sa pratique. Dernièrement, un congrès qui se tenait à Paris organisait un débat entre d'un côté, M. Odent, qui, s'appuyant sur des études anglo-saxonnes, demandait que l'on arrête le monitoring systématique, en continu, dont les inconvénients sont connus et les avantages quasi-inexistants, et de l'autre, G. Bréart, épidémiologue, et D. Cabrol, obstétricien, qui, s'appuyant sur d'autres études, admettent la relative inefficacité du monitoring en matière de prévention des handicaps, mais proposent de rajouter d'autres mesures qui complètent les informations données par le monitoring et permettent un meilleur dépistage de la souffrance fœtale. En particulier, la mesure du pH sanguin semble un bon candidat à cet effet : cette mesure suppose de rompre la poche des eaux, et de réaliser un scalp sur la tête du fœtus et de brancher un instrument de mesure. Il s'agit donc d'un dispositif qui suppose un certain interventionnisme mais tout semble préférable que d'abandonner le monitoring :

"Au total, plutôt que l'abandon de la surveillance continue du RCF pendant le travail au profit du retour à l'auscultation intermittente, méthode mise au point au XIXème siècle, il nous semble que des progrès sont à attendre dans la mise au point de méthodes plus sensibles et plus spécifiques que celles dont nous disposons actuellement pour améliorer nos capacités d'interprétation du RCF."

Et, pourtant, à titre individuel, certains acteurs sont assez critiques vis-à-vis de l'utilisation systématique du monitoring : une sage-femme hospitalière considère qu'il s'agit d'un gri-gri qui rassure ses collègues, mais dont l'utilisation sur le fond reste assez faible - on jette un coup d'œil au passage et dans la plupart des cas, une auscultation serait plus riche en information ; d'autres affirment qu'en substance, le monitoring sert essentiellement à mesurer le stress que son utilisation contribue à créer, de la même manière que, symétriquement, ceux qui sont favorables au monitoring disqualifient les études comparatives en disant que, dans le cas de l'auscultation, les conditions de l'accouchement sont différentes : les femmes sont beaucoup plus entourées, ce qui, reconnaissent-ils, a des effets positifs et permet un bon dépistage, mais n'est pas réaliste eu égard aux conditions de travail habituelles dans les maternités. On voit ainsi se modifier le profil de l'argumentation qui porte non plus sur la femme et le fœtus, considérés comme des entités séparables de leur environnement et sur lesquelles un certain nombre de mesures sont possibles,

⁴⁴ Arney, W. R.1982, *Power and the Profession of Obstetrics*, Chicago, London : The University of Chicago Press.

mais sur l'ensemble du dispositif qui inclut des paramètres médicaux, mais aussi sociaux et économiques. Là encore, on peut s'interroger sur le rôle de l'épidémiologie en France et sur l'organisation des débats dans cette discipline qui semble souvent en matière obstétricale voler au secours des partisans de la plus forte médicalisation.

Ceci étant, ce débat n'est pas entièrement séparable d'un autre débat, celui porte sur la douleur et le traitement que représente la péridurale. En effet, tout le monde s'accorde sur le point qu'une fois posée la péridurale, il n'est pas plus possible de se dispenser de la perfusion, qui permet de gérer le ralentissement du travail induit par la péridurale, de la mesure de la tension et du monitoring qui doivent impérativement être utilisés pour dépister les effets induits par la péridurale. Or, en France, l'utilisation de la péridurale a considérablement augmenté ces dernières années ; quel peut être l'évolution aux Pays-Bas dans les prochaines années ? Pour commencer à répondre à ces questions, nous allons maintenant analyser la manière dont la douleur est considérée dans les deux pays.

Partie III

DOULEUR ET ACCOUCHEMENT

Accoucher, cela fait mal. Pour certains, cette douleur fait partie intégrante de l'accouchement, pour d'autres, elle peut en être séparée et à ce titre être traitée. Tous admettent que presque tous les accouchements sont accompagnés de douleur, et que cette douleur ne peut être entièrement ramenée à des processus physiologiques : elle est constituée et modifiée sous l'influence d'un certain nombre de facteurs psycho-sociaux. Les professionnels de la médecine, ceux qui effectuent des préparations à la naissance, comme les femmes elles-mêmes, tous considèrent que la gestion de la douleur est un élément important dans le déroulement de la naissance.

Aujourd'hui, l'administration d'un analgésique dans l'espace péridural (situé entre deux vertèbres du bas du dos de la femme), traitement de la douleur connu sous le nom de péridurale, est proposée à la plupart des femmes dans un grand nombre de pays "développés". Les Pays-Bas représentent à cet égard une exception remarquable, puisque cette technique n'est utilisée que dans 15% des naissances, alors qu'elle est appliquée en France à 60 ou 70% des naissances et qu'aux États-Unis et au Canada, ce pourcentage atteint 80%.

Le traitement de la douleur par la péridurale est donc devenu un trait distinctif de l'obstétrique moderne. Son développement et sa diffusion ont été soutenus par un grand nombre d'obstétriciens et d'anesthésistes, de sages-femmes et de femmes qui considèrent que cette technique est totalement inoffensive, qu'elle permet d'augmenter la sécurité de l'accouchement, de le rendre plus confortable pour tous les acteurs impliqués, et, en éliminant la douleur, de permettre aux femmes d'être dans les meilleures conditions pour vivre et éprouver pleinement cet événement majeur et, ainsi, de favoriser la construction des liens entre mère et enfant. La douleur est considérée comme quelque chose d'insupportable, d'inutile et de dangereux.

L'utilisation routinière de la péridurale pour les naissances "normales" est critiquée par d'autres obstétriciens, anesthésistes et sages-femmes. Ceux-là considèrent que la péridurale n'est pas si inoffensive qu'on veut bien le dire, qu'elle induit certains risques lors de l'accouchement. Elle est accusée de transformer la naissance en un processus rationalisé et impersonnel et de ce fait, de menacer l'établissement du lien mère-enfant. Par ailleurs, elle implique une discipline injustifiée des corps féminins au bénéfice principal des

professionnels. La douleur est alors considérée comme quelque chose d'utile, de supportable et de non-dangereux.

Nous voyons donc s'affronter deux conceptions de la douleur qui se traduisent par des pratiques différentes quant à la gestion de cette douleur. Peut-être suffira-t-il de quelques années pour que la péridurale vienne réorganiser les pratiques de l'accouchement aux Pays-Bas ; nous avons déjà vu que ces pratiques étaient en pleine évolution, même si cette évolution reste encore implicite. Car, et c'est un point central, la péridurale comme traitement de la douleur ne peut être séparée d'une certaine définition de ce qu'est un accouchement normal, des acteurs qui doivent y être impliqués, de ce que sont la douleur, la sécurité, les compétences des corps, les émotions, les compétences des professionnels, les compétences des femmes...

Il est probablement très difficile d'accoucher dans un hôpital français sans la péridurale étant donné la manière dont tout est organisé autour la première définition de la douleur que nous avons donnée comme il est très compliqué d'avoir une péridurale pour un accouchement "normal" aux Pays-Bas, dans la mesure où les pratiques sont structurées autour de la deuxième définition de la douleur.

Dans cette partie, nous allons nous intéresser à la manière dont la douleur de l'accouchement est traitée en France et Aux Pays-Bas. Nous décrirons à la fois les pratiques et conceptions les plus répandues dans chaque pays, et les pratiques marginales auxquelles ces pratiques dominantes ont donné prise.

La douleur en France

LA PÉRIDURALE ET SES MARGES

Comme dans la plupart des pays, l'histoire de la péridurale a commencé en France dans les années 1950. Avant le début des années 80, son utilisation était réservée au traitement de certaines indications médicales et obstétricales. A cette époque, la péridurale a commencé à être décrite, à la fois dans la littérature grand public et dans la littérature médicale, comme un moyen très efficace de supprimer la douleur de l'accouchement. Dans le même mouvement, cette douleur a commencé à être décrite par les obstétriciens et les anesthésistes comme une douleur insupportable.

Son utilisation a progressé de façon considérable et les justifications de cette utilisation se sont transformées : d'indications très précises, on est passé à l'idée que toute parturiente pouvait être considérée comme une "cliente" potentielle de la péridurale. Alors qu'au départ, les praticiens ont insisté sur le confort apporté par cette analgésie, certains arguments médicaux sont aujourd'hui avancés pour justifier l'utilisation de la péridurale dans tout accouchement, en dehors de contre-indications limitées. La douleur est maintenant définie comme un élément susceptible d'entraîner une pathologie :

non seulement elle est inutile, mais elle est source de stress, d'hypertension, d'hyperventilation, tous phénomènes susceptibles d'avoir un effet négatif sur le fœtus.

"En dehors de la lutte contre la douleur, la prévention de la souffrance fœtale et le raccourcissement de la durée du travail, l'anesthésie doit être également largement préconisée car elle met les patientes à l'abri des risques d'une éventuelle anesthésie générale." (Peter 1993, p.49)

A l'inverse, contre l'utilisation systématique de la péridurale, un ensemble d'arguments et de pratiques sont mobilisées. En fait, le taux de 70% de péridurales masque des disparités très importantes, puisque dans certaines maternités, ce taux dépasse à peine les 10%, alors que dans d'autres, il atteint largement les 90%. Au delà donc de l'impression d'ensemble qui se dégage des statistiques agrégées, notre travail s'est donné pour objectif de décrire les divergences d'opinions entre les arguments des obstétriciens et entre les expériences des femmes, divergences qui ont une grande importance dans la mesure où elles permettent d'entrevoir les dynamiques de transformation.

LES PARADOXES DE LA PÉRIDURALE

Les débats autour de la péridurale ont commencé dans les années 80. Ce sont essentiellement les obstétriciens qui se sont impliqués dans l'étude des avantages et des risques de cette méthode et qui ont publié différents articles dans les revues scientifiques comme dans les journaux grand public. Tous les arguments en faveur de l'usage systématique de la péridurale sont controversés que ce soit par des obstétriciens, des sages-femmes ou des femmes. L'analyse de ces débats produit une image paradoxale de la péridurale : pour certains, elle augmente le confort des femmes, pour d'autres, elle participe à la création d'inconforts ; elle prévient certains risques mais en produit d'autres, elle favorise l'attachement entre la mère et l'enfant ou, à l'inverse, constitue un obstacle à cet attachement... de sorte que finalement on a peine à comprendre que la péridurale puisse être aussi répandue. Nous suggérerons que ce "succès" de la péridurale est lié à sa forte compatibilité avec l'organisation générale de la naissance en France et plus particulièrement avec le modèle de co-action que nous avons décrit plus haut.

La péridurale comme source de confort et d'inconfort

Les professionnels développent une série d'arguments autour du confort apporté par la péridurale aux femmes. Elles supporteraient plus facilement certains désagréments liés à la médicalisation. Par ailleurs, l'accouchement sous péridurale se déroule dans la sérénité et avec une moindre fatigue ; les femmes récupèrent plus rapidement et sont plus immédiatement disponibles pour s'occuper de leur bébé, ce qui favorise la création des liens entre mère et enfant. L'absence de douleur permet une meilleure conscience de la mère au moment de la naissance : la satisfaction des femmes, telle qu'elle est décrite par les obstétriciens, résulte de la conjonction de ces différents facteurs. A l'inverse,

l'accouchement sans péridurale est souvent comparé à un marathon ou à une ascension montagnarde dont on ne peut récupérer qu'au bout de plusieurs jours.

Les femmes ne sont pas les seules bénéficiaires de la péridurale : tant les obstétriciens que les anesthésistes et les sages-femmes reconnaissent profiter eux aussi de la sérénité qu'elle procure ; pas de cri, pas de hurlement, ni de gémissement quand les femmes ne souffrent pas.

"C'est sûr, les femmes sont plus calmes, c'est plus confortable. Il y a un seul petit inconvénient, c'est qu'elles sont moins motivées pour pousser, elles poussent moins bien. Sinon, ça apporte un certain confort pour tout le monde. Les femmes sont plus détendues." (entretien sage-femme française)

"Sans péridurale, tous les accoucheurs ont eu l'occasion de voir certaines femmes perdre totalement les pédales et souffrir au point de ne plus se maîtriser. Ces situations extrêmes devenaient un véritable calvaire. Avec l'apparition de la péridurale, l'atmosphère des salles de travail s'est totalement transformée, tout en améliorant l'intervention de l'accoucheur."⁴⁵

Les sages-femmes ajoutent que le calme des parturientes contribue à établir des relations plus égalitaires et plus respectueuses entre elles. Les femmes qui souffraient

"étaient infantilisés par la douleur, elles régressaient terriblement, il fallait les consoler, les cajoler, leur tenir la main comme à des gamines."⁴⁶

S'il a changé de forme, l'accompagnement n'en est pas moins nécessaire :

"Le travail de la sage-femme diffère selon qu'il y a ou pas péridurale. Quand il n'y en a pas, elle fait un accompagnement de la douleur, elle doit gérer la douleur du travail et le bébé. Dans le cas inverse, elle doit gérer avec elle l'absence de douleur : ou l'absence de douleur est incomplète par exemple elle sent d'un côté et c'est difficile, ou la femme ne sent plus du tout la douleur, et, pourtant son corps travaille très dur, il se passe quelque chose, et la sage-femme doit lui dire ce qui se passe, autrement elle a l'impression de louper quelque chose, et elle peut regretter." (entretien sage-femme hospitalière française)

L'obstétrique évoluée ne tolère plus la femme sauvage, inaccessible, déchaînée dans la douleur. Un obstétricien⁴⁷ reconnaît ne pas supporter de voir les femmes souffrir : la péridurale représente alors le moyen de les apprivoiser.

Ce confort apporté par la péridurale fait l'objet de critiques de la part des sages-femmes principalement. On lui oppose l'inconfort lié en pratique à l'organisation médicalisée de la naissance dans laquelle la péridurale est partie

⁴⁵ Debache, C. et R. Depoix, 1989, *Accoucher sous péridurale*, Paris : Denoël, p. 21.

⁴⁶ Carricaburu, D., 1986, "Les sages-femmes face à l'innovation technique", in P. Aiach and D. Fassin (ed.), *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris : Anthropos, p. 298.

⁴⁷ cf émission "La naissance aujourd'hui", de Marika Prinçay, diffusé sur FR3 le 12 juillet 1995

prenante. Le corps de la femme est discipliné par une multitude de dispositifs, elle est couchée sur le dos, rivée à la table obstétricale par le monitoring et la perfusion. Certes, cette configuration permet un accouchement sans douleur mais, dans quel état d'inconfort ! Au bout du compte, au lieu de sortir sereines et épanouies par leur accouchement, les femmes ont le sentiment d'avoir manqué une expérience fondamentale. Le sens même de cette expérience fait l'objet d'interprétations variées, certaines d'inspiration "féministe" :

"Aujourd'hui, la seule chose qu'on dise, c'est il faut faire passer la douleur. A quoi ça peut servir cette douleur, personne ne réfléchit. J'ai discuté avec quelqu'un des soins palliatifs: l'accompagnement de fin de vie, c'est pareil, c'est comme la péridurale. Les gens qui meurent n'ont pas le droit de crier. Ça dépasse très largement la pratique médicale pure. Si la douleur est vécue comme insupportable, c'est sûr qu'il y a des effets secondaires. Si vous avez travaillé avec la femme sur une projection de la douleur: qu'est-ce que ça représente pour vous la mise au monde d'un bébé? la douleur est vécue très différemment. Maintenant, il faut qu'elle revienne comme avant. Comme si rien ne s'était passé. Le truc pervers dans cette volonté féroce, c'est de voler à la femme cette possibilité de devenir autre par l'accouchement." (entretien sage-femme française)

D'autres plus "métaphysiques" ou spirituelles : la naissance est alors vécue comme une transformation, une re-naissance de la femme. La douleur exprime l'antagonisme entre l'attachement au passé, le désir de la femme de rester la fille de ses parents et son ouverture vers l'avenir qui la pousse à accepter de devenir la mère de ses enfants. Dans ce cadre, supprimer la douleur c'est supprimer la possibilité de cette transformation.

"Faire un chemin sans la péridurale, c'est dire "je vais dépasser la douleur", je vais faire un chemin au delà, je vais aller plus loin. Je suis convaincue qu'il y a une fécondité derrière cette douleur, tu peux la dépasser. Moi, je pense que ce n'est pas la contraction qui fait mal, c'est toute la souffrance qu'on a en soi et que c'est un passé qu'on peut nettoyer, qu'on peut réparer, mais c'est incontournable, ça passe par la douleur. C'est ta propre souffrance. Je dis aux femmes que c'est leur propre douleur qui fait mal, donc je les ramène à elles-mêmes, je les ramène à leur passé. Et la contraction est plus supportable, quand tu sais que cette contraction, c'est une partie de toi, que c'est pas quelque chose d'extérieur qui vient te labourer, c'est une partie de soi qui veut s'extraire de toi, qui veut se réparer, qui veut s'en aller, qui veut s'harmoniser. Tant qu'il y a de l'énergie, elles luttent, avec elles-mêmes avec l'enfant, avec la vie qu'il y a en elles, elles veulent rester dans l'ancien, dans le passé ; et l'enfant amène vers la renaissance, vers la vie. C'est ce qui me passionne, c'est vraiment accompagner ce travail de renaissance" (entretien sage-femme libérale française)

De même que la péridurale est liée à une certaine forme de relation entre sages-femmes et femmes, l'accompagnement d'une femme sans péridurale est supposée exiger des compétences particulières : une certaine nostalgie est parfois exprimée, un regret à l'égard de ce qui est perçu comme une déshumanisation. L'utilisation routinière de la péridurale renforce le caractère impersonnel des relations, et les sages-femmes déplorent que cette utilisation soit rendue de plus en plus nécessaire par le manque de temps disponible pour réaliser un véritable accompagnement de la femme en travail. Est-ce à dire que les conditions de travail en maternité se sont dégradées ou faut-il davantage insister sur la multiplication des intervenants qui conduit à diminuer le temps

accordé par chacun d'entre eux ? On pourra dans une phase ultérieure de travail se demander en quoi l'organisation actuelle qui privilégie l'hyper-spécialisation des intervenants transforme de fait les relations possibles avec les couples.

Pour les opposants à la péridurale systématique, la douleur est supportable, voire utile quand la femme est préparée et soutenue pendant l'accouchement et sa suppression ne se justifie que lorsque certaines pathologies apparaissent :

"Je suis très critique par rapport à notre manière de contrôler les choses. Au départ, la péridurale était une façon de régler le problème des cols cerclés, très rigides. Avant, on faisait une césarienne. Sous péridurale, ça lâche et ça passe. Si c'est un problème psychologique, en général, il suffit de parler 5 mn et ça lâche. On commence par des problèmes pathologiques, puis on fait des recherches et on généralise à tout le monde. Comme si tout le monde était malade..." (entretien sage-femme hospitalière)

Mais, rétorquent les partisans de la péridurale, si l'utilisation de cette technique s'est banalisée aussi rapidement, c'est parce que les femmes la demandent, elles ne veulent plus souffrir, elles attendent de la médecine moderne qu'elle les affranchisse de la malédiction ancestrale. Autrement dit, quelle que soit la volonté des médecins, elle devra aujourd'hui compter avec celle des femmes. Les opposants eux, soutiennent que cette soi-disant demande des femmes est factice, construite par les intervenants médicaux. Si demande il y a, elle est multiforme et une solution unique ne peut en aucun cas être satisfaisante :

"J'ai écouté, j'ai observé et j'ai perçu qu'à travers la peur de souffrir, ce qui pousse une femme à demander ou à accepter une péridurale, c'est parfois l'envie d'être en pleine possession de ses moyens, c'est parfois l'envie d'être parfaitement disponible et pleinement consciente pour le bébé, le couple ou le moment, c'est parfois la peur de ne pas savoir accoucher, c'est parfois la peur de devenir mère ... mais c'est toujours une angoisse, une difficulté, un mal-être mal définis ... Je me suis dit qu'il n'était peut-être pas très bon de proposer une solution unique à ces demandes multiples et variées, surtout que cette solution très médicalisée est objectivée, dépersonnalisée"⁴⁸

Une bonne préparation, un accompagnement attentif suffisent à faire baisser cette demande à 20 ou 30% des accouchements, alors que dans les hôpitaux où la péridurale est encouragée, 90% des femmes la "demandent". Plus encore, les médecins abusent de leur position d'autorité sur les femmes pour leur imposer des contraintes au nom de la sécurité :

"Le chef du service où j'étais précédemment disait : pour les naissances multiples, nous n'avons plus aucune mort de bébé à la naissance. C'est vrai, mais il faut voir à quel prix. Vous leur faites gober n'importe quoi : si vous leur dites que c'est mieux pour elles et pour leurs bébés. J'ai refusé d'entrer dans ce jeu ... Pour la péridurale, c'est pareil. Les femmes sont influencées, et il y a très peu de gens qui leur disent:

⁴⁸ Camoin, R., 1991, "Point de vue d'un anesthésiste de clinique", *Les dossiers de l'obstétrique*, n°189

"mais non, vous êtes capable, vous avez des ressources, que vous ayez peur, c'est normal" ... C'est vrai qu'il y a des accouchements difficiles, pour lesquels la péridurale est quelque chose de formidable. Mais appliquée de façon aveugle, elle est très destructrice. Seulement, c'est moins gênant pour l'équipe, des femmes qui demandent la péridurale que des femmes qui hurlent. La naissance ne pourra pas se faire par des protocoles ... Ici, il n'y a pas de protocole écrit ... Le seul protocole, c'est de faire un grand travail de compagnonnage. On discute, ça leur donne l'occasion de parler de leur peur. Nous sommes dans un lieu de vie, avec la naissance et la mort, nous ne sommes pas des producteurs de bébés" (entretien sage-femme hospitalière française)

La péridurale apparaît donc comme une réponse à une demande des femmes, traduite d'une certaine manière, réponse qui, en même temps qu'elle procure un certain confort, est source d'inconfort. Cet inconfort résulte non de la seule péridurale, mais de l'ensemble des dispositifs de surveillance et de gestion de l'accouchement : ces dispositifs, parce qu'ils contraignent fortement la femme, rendent nécessaire la péridurale, laquelle à son tour renforce le caractère obligatoire de ces dispositifs ; car s'il y a discussion autour des modalités de surveillance de l'accouchement dans le cas général, tous les acteurs s'accordent sur l'idée qu'une fois la péridurale posée, il est indispensable de l'associer au monitoring et à la perfusion.

En d'autres termes, la distribution des compétences et des actions entre toute une série d'acteurs, les transformations nécessaires du corps de la femme rendent difficile l'accouchement sans péridurale pour tous les intervenants, femmes, sages-femmes, obstétriciens, infirmières. Immobilisée sur le dos et confrontée à un ballet incessant de spécialistes, la femme n'est pas dans la meilleure situation pour se concentrer et gérer elle-même la douleur. De la même manière, la sage-femme qui court d'une salle de naissance à l'autre, installant les différents appareils et interprétant les mesures effectuées, n'a pas le temps de s'asseoir auprès d'une femme et de la soutenir pendant le travail.

La péridurale comme source et prévention des risques

Avant 1980, la péridurale était installée en présence d'indications précises et limitées, comme par exemple pour une césarienne afin d'éviter une anesthésie générale ou dans le cas d'un travail excessivement douloureux et inefficace. Dans les années 80, son utilisation a été généralisée, sur le plan du principe, à toutes les naissances normales. Le confort et la sérénité que la suppression de la douleur est censée apporter étaient considérés comme une justification suffisante pour la pose systématique d'une péridurale ; cette approche a été, comme nous l'avons vu, critiquée et l'inconfort induit par les dispositifs médicaux a été mis en balance avec le confort qu'ils procurent. Par ailleurs, dans la mesure où tout accouchement était susceptible de déboucher sur une extraction instrumentale (forceps, césarienne) ou sur une intervention (épisiotomie, révision utérine), la péridurale avait des vertus préventives car elle permet une action très rapide et dispense d'une anesthésie générale.

"À chaque étape de l'accouchement, une anesthésie peut être nécessaire... Une fois installée, {la péridurale} peut être prolongée et elle est suffisamment efficace pour

un forceps, refaire une épisiotomie, vérifier, réviser l'intérieur l'utérus après l'accouchement, si nécessaire."⁴⁹

Personne ne conteste le fait que l'analgésie locale procurée par la péridurale soit incomparablement préférable à une anesthésie générale, qui comporte beaucoup plus de risques. Mais certains prétendent que la péridurale augmente la fréquence des extractions instrumentales, en particulier parce qu'elle diminue voire supprime l'envie de pousser et rend donc moins efficaces les poussées de la femme qui agit sous la direction de la sage-femme et non mue par une nécessité instinctive. Face à cette critique, les obstétriciens font une réponse ambiguë : ils reconnaissent cet effet de la péridurale tout en en déniaient l'importance. Ils préconisent de ce fait la diminution des doses d'antalgique en fin de travail, mais admettent que cette solution n'est que modérément convaincante :

"Ce moyen est efficace, mais a l'inconvénient de laisser réapparaître la sensibilité, donc la douleur, à la fin de l'accouchement."⁵⁰

Alors que, dans certains hôpitaux français et dans, semble-t-il, la plupart des hôpitaux néerlandais, cet inconvénient est préféré au risque d'une délivrance artificielle, un grand nombre de praticiens français considèrent qu'en mobilisant certaines compétences de la femme, il est possible de contourner la difficulté :

"La péridurale a été considérée à tort responsable, par un certain nombre d'accoucheurs, de l'augmentation de la fréquence d'utilisation des forceps. En réalité, il n'en est rien [**négation**], à condition bien entendu [**reconnaissance**] que la femme ait suivi une préparation spécifique à l'accouchement, lui apprenant à pousser lorsqu'on le lui demande et sans qu'elle en éprouve le besoin [**attribution de la responsabilité à la femme**]" ⁵¹

Nous retrouvons ici l'idée de l'accouchement comme acte collectif, comme co-action : l'utilisation des techniques déplace la répartition des compétences, mais les problèmes qui en résultent peuvent être résolus par une bonne ré-allocation des tâches, réalisée par l'apprentissage ou les instruments. Si la femme n'arrive pas à pousser correctement, le recours au forceps est relativisé dans la mesure où la péridurale déjà installée rend l'opération aisée :

"De plus, sous péridurale, l'application se fait très simplement, sans avoir recours à une anesthésie générale, on ne fait qu'aider les efforts de poussée et la mère est tout à fait présente à la naissance de son enfant"⁵²

⁴⁹ Cardin, H., M.-T. Moisson-Tardieu et M. Tournaire, 1986, *La péridurale. La douleur de l'accouchement enfin vaincue.*, Paris : Editions Balland.

⁵⁰ Cardin, H., M.-T. Moisson-Tardieu et M. Tournaire, 1986, *La péridurale. La douleur de l'accouchement enfin vaincue.*, Paris : Editions Balland., p.120.

⁵¹ Debache, C. et R. Depoix, 1989, *Accoucher sous péridurale*, Paris : Denoël, p. 21, p.19.

⁵² Cardin, H., M.-T. Moisson-Tardieu et M. Tournaire, 1986, *La péridurale. La douleur de l'accouchement enfin vaincue.*, Paris : Editions Balland., p.120.

Plus encore, cette utilisation des forceps est anodine et sans danger, car :

"Il y a >forceps< et >forceps< ... Si dans certaines équipes le taux de forceps est augmenté par les accouchements sous péridurale, cet excédent concerne une *simple aide*, un accompagnement de la tête pour franchir le périnée, et ce type d'extraction par forceps ou par >ventouse< ne comporte aucun risque pour l'enfant." ⁵³

À nouveau, la péridurale semble prise dans un paradoxe : parce que toute naissance ne peut être qualifiée normale qu'a posteriori, il est nécessaire d'installer dans tous les cas les moyens de contrôle et de prévention disponibles. Mais ces moyens eux-mêmes sont sources de nouveaux risques et de nouveaux inconforts, sans qu'aucune solution simple ne soit envisageable.

Depuis le début des années 90, l'argument du confort est moins prégnant:

"En 1995, on ne parle plus de péridurale de confort entre praticiens... Le confort est simplement un argument pour garder la clientèle."⁵⁴

En revanche, des arguments obstétricaux et médicaux sont avancés contre la non-utilisation de la péridurale. Plus précisément, il existe un véritable débat scientifique autour de la péridurale dans lequel arguments et contre-arguments se répondent. Les partisans de la péridurale avancent l'idée que la douleur est non seulement inutile mais dangereuse :

"La douleur ne remplit aucune fonction. Au contraire, les hormones de stress induisent des modifications physiologiques chez la mère : hypertension, hyperventilation, tachycardie, angoisse, qui ont des retentissements chez l'enfant."⁵⁵

"La douleur est due : à la dilatation du col qui est riche en fibres sympathiques dont l'excitation entraîne une contracture du col, à la contraction et à la distension utérine (...), à la distension de la filière pelvienne, à l'étirement des ligaments sur le péritoine, la vessie, l'urètre, le rectum.

(...) La douleur entraîne angoisse, agitation, stress qui entretiennent la douleur. Ce cercle vicieux engendre:

- une hyperventilation, un arrêt de la digestion, une augmentation du métabolisme basal, un travail anarchique.

Il y a augmentation de catécholamines avec comme conséquences:

- augmentation du débit cardiaque,
- vasoconstriction avec augmentation des résistances périphériques,
- augmentation de la TA

⁵³ Cardin, H., M.-T. Moisson-Tardieu et M. Tournaire, 1986, *La péridurale. La douleur de l'accouchement enfin vaincue.*, Paris : Editions Balland., p.120.

⁵⁴ Fayot, P., 1995, "L'anesthésie péridurale", communication au colloque *Les maternités, qu'en restera-t-il en l'an 2000?*, Paris : février 95.

⁵⁵ X, 1995, "L'anesthésie péridurale", communication au séminaire *Les maternités, qu'en restera-t-il en l'an 2000?*, Paris : février 1995

- troubles de la contraction utérine avec des phases d'hyper et d'hypokinésie. Tout contribue à l'hypocapnie, hypoxie, acidose tissulaire avec comme conséquence une souffrance foetale."⁵⁶

Dans ces conditions, la péridurale n'est plus du tout un élément de confort, mais participe à la sécurité de l'enfant menacé par le stress de l'accouchement. À l'inverse, d'autres auteurs insistent sur les perturbations induites par la péridurale : nous avons déjà vu, dans la partie précédente, l'importance de la douleur dans le déroulement physiologique de l'accouchement tel qu'il est décrit par Michel Odent à la suite d'un certain nombre de recherches en neurobiologie. La douleur déclenche la sécrétion d'endorphines, un analgésique proche de la morphine, qui elles-mêmes favorisent la maturation des poumons du fœtus, jouent un rôle dans la mise en place de la lactation et interviennent dans l'attachement mère-enfant. En conséquence, la suppression de la douleur fait plus de mal que de bien, en particulier si on inclut l'enfant dans l'évaluation, ce que font de fait les partisans de la péridurale. Assurer les meilleures conditions d'accouchement, c'est accorder un soutien, une attention à la femme, c'est veiller à préserver son intimité et la soustraire à toute stimulation inutile qui empêcherait le bon fonctionnement de ces mécanismes d'adaptation.

Dans la même lignée, Serge Bizieau ⁵⁷ formule une double argumentation à l'encontre de la péridurale. D'une part, la péridurale a des inconvénients médicaux réels : au moment de l'installation, elle provoque une modification du rythme cardiaque fœtal qui peut durer et causer une souffrance fœtal, laquelle, une fois détectée, conduit à une intervention rapide. De plus, cette analgésie provoque parfois une élévation de la température maternelle et par voie de conséquence une élévation de la température fœtale, laquelle entraîne une augmentation des besoins en oxygène ce qui, si ils ne sont pas satisfaits, conduit encore à une souffrance fœtale. Par ailleurs, le fait que la musculature périnéale de la mère soit relâchée par l'anesthésie modifie les conditions dans lesquelles se fait la rotation de la tête de l'enfant : sous péridurale, 60% des enfants se présentent avec la tête en position postérieure, ce qui conduit souvent à une extraction instrumentale, alors que, sans péridurale, 35% des enfants seulement se présentent dans cette position. La différence observée quasiment partout sur le taux d'extraction instrumentale avec et sans péridurale serait donc liée à des raisons mécaniques, ce qui implique qu'aucune préparation spécifique, ni aucune forme de coopération entre la femme et la sage-femme ne peuvent compenser cet effet de la péridurale, comme le soutiennent certains praticiens.

Le deuxième type d'arguments développés par Bizieau se situe à la frontière entre psychologie et physiologie et concerne l'attachement mère-enfant. Il s'appuie tout d'abord sur une série de travaux étrangers qui établissent un lien entre les comportements autodestructeurs des individus

⁵⁶ Toan, N., 1991, "La péridurale en obstétrique", *Les dossiers de l'obstétrique*, n°189.

⁵⁷ voir par exemple : Bizieau, S., 1995, "communication sur la péridurale et ses effets", in J. P. Relier (ed.), *XXVes Journées Nationales de Néonatalogie 1995*, Paris : Karger.

(suicide, toxicomanie) et les conditions de leur naissance. Par ailleurs, parce que toute sensation s'en trouve abolie, la péridurale installe une coupure radicale entre la mère et l'enfant, coupure qui perdure pendant plusieurs jours après la naissance et qui peut être traumatisante. Comme Odent, Bizieau est partisan d'une organisation de la naissance dans laquelle les femmes se voient attribuer le rôle principal : ce sont elles qui déterminent le cours de l'accouchement. Dans la maternité de Villeneuve la Garenne qu'il dirige, il a prévu un espace particulier pour accueillir les couples accompagnés d'une sage-femme libérale, et il essaie de dé-routiniser les pratiques dans la maternités hospitalière. Les sages-femmes hospitalières sont confrontées à un certain nombre de questions autour de leur manière de travailler : pourquoi coupent-elles le cordon ombilical aussitôt après la naissance, ? Pourquoi le bébé est-il immédiatement séparé de sa mère pour faire des soins ? Pourquoi installer un monitoring en permanence ou encore dans quelles conditions faire une épisiotomie ?

La plupart des acteurs qui sont critiques vis à vis de l'usage systématique de la péridurale développent des pratiques alternatives qui vont d'une attention particulière accordée personnellement à toute femme, jusqu'à l'accouchement à domicile. Les critiques les plus radicaux se définissent en opposition forte aux pratiques standard et articulent leur pratique à une vision globale de la naissance. Il nous est difficile en l'état actuel de notre recherche d'évaluer dans quelle mesure ces conceptions s'inscrivent effectivement dans les pratiques des acteurs et en particulier, si ces pratiques pèsent sur la signification que la femme ou le couple accordent à cette expérience de la naissance. Nous assistons en tous cas à l'émergence d'un modèle différent du modèle néerlandais, même si ces deux approches ont en commun un usage modéré des instruments et des médications : le modèle néerlandais est centré sur la physiologie de l'accouchement et s'appuie sur l'idée que la femme a les moyens de gérer de façon autonome l'accouchement pour peu qu'elle soit soutenue par le collectif formé de la sage-femme, du père, voire de quelques autres proches ; les approches marginales en France instaurent plutôt l'accouchement comme événement global, physiologique certes mais d'abord symbolique, dans lequel la sage-femme se présente un peu comme la gardienne du passage et de sa ritualisation.

Bien que la péridurale fasse maintenant partie de l'arsenal quotidien de l'accouchement, nous avons vu qu'elle continue à susciter de vifs débats : les obstétriciens adoptent d'ailleurs souvent un profil bas, et, à l'exception des plus impliqués, ne soutiennent pas sans réserve son usage systématique, mais, à leur décharge, ils invoquent la demande de plus en plus pressante des femmes qui exigeraient la péridurale, soutenues d'ailleurs par les nouvelles dispositions de la sécurité sociale.

Les femmes, porte-parole des contradictions de la péridurale

Comment cette demande des femmes se constitue-t-elle ? Nous allons voir que la péridurale ne peut être simplement ramenée à la suppression de la douleur, elle construit une expérience de la naissance pleine d'ambiguïté. Et

bien souvent, les femmes elles-mêmes reproduisent, dans leurs récits, les contradictions que nous avons vues distribuées au sein du milieu médical. La manière dont les femmes font l'expérience de la péridurale ne suit pas au pied de la lettre les arguments de ses partisans. Les patients peuvent se conformer aux prescriptions des médecins, il existe toujours un espace d'interprétation qui leur est propre et dans lequel s'installent des désaccords, des aménagements, des motivations hétérodoxes etc. Presque tous les récits d'accouchement en France que nous avons collectés traitent de la péridurale et tout ce qui concerne la douleur est mis en relation avec la péridurale. D'un certain point de vue, les discours développés par les obstétriciens et les anesthésistes sont aujourd'hui assimilés et repris par les femmes elles-mêmes, pour qui l'inquiétude, la crainte de l'accouchement sont essentiellement reliées à l'idée de la douleur, la péridurale constituant le remède contre ces angoisses et leur permettant d'être parfaitement "présentes" à la naissance de leur enfant.

Un certain nombre de femmes choisissent d'accoucher dans une maternité plutôt qu'une autre parce qu'elles sont sûres d'y trouver une péridurale 24 heures sur 24 : l'accouchement est ici défini essentiellement comme un processus douloureux.

"Je ne voulais pas souffrir, j'avais décidé que je ne voulais pas souffrir ... Je voulais absolument la péridurale" (entretien femme française)

"Mais à domicile, on ne peut pas avoir de péridurale? C'est quand même une restriction importante. J'étais décidée à avoir la péridurale. Je voulais être sûre que ça pourrait se faire. J'étais rassurée parce qu'on m'avait dit qu'il y a toujours un anesthésiste de garde, et que sauf contre-indications médicales, on est sûr de l'avoir. Je fais partie des gens qui vont à l'hôpital parce qu'ils sont sûrs de pouvoir avoir la péridurale. " (entretien femme française)

Les arguments des obstétriciens autour des éventuels risques suscités par la péridurale sont assez peu présents dans les discours des femmes, bien que la sécurité, elle-même, soit un élément important. Dans l'autre sens, la relation effectuée avec force dans certains articles - mais est-elle générale chez tous les praticiens, ou reste-t-elle un élément de rhétorique ? - entre sécurité et péridurale n'est pas reprise dans le discours des femmes. Il semble donc que, pour les femmes, la douleur soit devenue un élément complètement séparé de l'accouchement et qu'en tant que telle, elle puisse être traitée de façon indépendante sans que cela n'intervienne en aucune façon sur l'accouchement lui-même. Il paraît assez vraisemblable que cette conception est le résultat direct de la péridurale elle-même et des discours qui ont accompagné sa généralisation, discours développés par les praticiens et repris par la presse grand public : de ce fait, il n'est pas exclu que les débats actuels puissent aussi trouver des modalités d'accès pour transformer cette conception.

Par ailleurs, comme nous l'avons déjà mentionné, la préparation à l'accouchement intègre aujourd'hui la péridurale, à plusieurs titres : c'est là que l'on explique en quoi consiste la péridurale et à quelles conditions il est possible d'en bénéficier, que l'on vante parfois ses mérites, et que l'on apprend aux femmes à gérer leur accouchement sous péridurale. Ainsi formées par la

préparation, les femmes peuvent décider à l'avance ou en cours d'accouchement de recourir à la péridurale. Mais pour celles qui se sont plutôt préparées avec le désir de ne pas utiliser cette possibilité, il est parfois difficile d'aller jusqu'au bout de leur décision, d'autant que dans certains hôpitaux, cette décision devient atypique, "originale", presque bizarre :

"C'est vrai qu'il y a une sorte d'évidence ... En particulier, à Port Royal, il y a une ambiance générale, ça tombe sous le sens" (entretien femme française)

De plus, au premier signe de souffrance ou à la première expression de doute, la péridurale est proposée par le personnel bien intentionné. Et même lorsque la sage-femme ne force pas la main, parce qu'elle essaie de "respecter" le désir de la femme, son incapacité à proposer autre chose, à soutenir cette décision fait basculer plus d'une femme :

"Dès que je suis arrivée à la maternité, la sage-femme m'a demandé si je voulais la péridurale. Je lui ai dit que je ne l'avais pas eue pour mon premier enfant, et que je voulais plutôt essayer de m'en passer. Comme je n'avais pas fait les examens nécessaires car j'étais encore à un mois du terme, elle m'a dit : "on va les faire, comme ça on sera tranquille." J'ai essayé de discuter avec elle en lui disant que j'avais entendu dire que la péridurale ralentissait le travail ; elle m'a répondu que si c'était le cas, on me donnerait quelque chose pour compenser ça. Elle ne voulait manifestement rien dire qui puisse apparaître comme franchement pour, mais à chaque réserve que je formulais, elle me donnait plutôt des contre-arguments. Il était trois heures de l'après-midi. Je tenais assez bien le coup au départ, Vers 9 heures du soir, elle trouvait que le travail ne progressait pas assez - je devais toujours en être à 3 ou 4 cm - et elle m'a dit que si ça continuait comme ça, elle interviendrait en crevant la poche des eaux pour accélérer : à ce moment-là, elle me conseillait la péridurale, parce que ça pouvait être assez douloureux après. Vers 10 heures, elle m'a dit qu'elle allait crever la poche des eaux. Je lui ai dit : "mais je croyais que vous vouliez poser la péridurale avant ?" Elle m'a répondu que, vu qu'il s'agissait d'accélérer le travail, ça ne lui paraissait pas une bonne idée. Elle me laissait décider, mais en ayant clairement donné son avis. J'ai dit : "bon, d'accord". Presque immédiatement, c'est devenu hyper-violent. Au bout d'une heure, je n'en pouvais plus, j'avais l'impression d'être écartelée. Je lui ai dit : "je crois que j'aimerais bien la péridurale maintenant". Elle m'a dit qu'elle appelait l'anesthésiste, il est venu trois quarts d'heure après, et il a été odieux. Il me posait des tas de questions sur un ton désagréable, et donnait l'impression de faire traîner exprès. Moi, j'avais de plus en plus mal et je commençais à avoir envie de pousser. Juste après qu'il l'ait posée, je me suis sentie extrêmement mal, j'avais la tête qui tournait et l'impression que j'allais tomber dans les pommes : je leur disais "je me sens mal, je me sens mal..." mais ça n'avait pas l'air de les émouvoir. Ils ont dû me donner de l'oxygène, et au bout de 5 ou 10 mn, ça allait mieux, et c'est vrai que la diminution de la douleur - je n'étais pas complètement anesthésiée, je sentais quand même mais moins fort - est un énorme soulagement. Ceci étant, comme j'avais déjà envie de pousser avant, mon bébé est né 20 mn après, ce qui fait que j'ai eu tout ce stress pour une demi-heure de péridurale. Du coup, j'en veux un peu à la sage-femme de ne pas avoir été capable de me dire : vous approchez de la fin, je pense que vous pouvez tenir le coup. Mais elle n'était pas très présente et j'ai su après qu'il y avait eu 5 naissances en 2 heures." (entretien femme française)

À la décharge de la sage-femme, il faut reconnaître que rien n'est plus opaque qu'une femme rencontrée pour la première fois en salle de travail, dont elle ne connaît ni le passé, ni le présent, ni la résistance, ni l'angoisse,

pratiquement rien... Au nom de quoi prendre une part individuelle à la décision ? L'ensemble de l'organisation, y compris la séparation entre suivi prénatal et suivi de l'accouchement, pousse vers la péridurale ; refuser, conseiller d'attendre, différer, cela devient de l'activisme dans ce cadre, et la sage-femme peut-elle être bien sûre qu'elle a en mains tous les éléments qui lui permettent de faire un pari quel qu'il soit ?

"On négocie petit à petit. Si nécessaire à 8 cm, je pose une péridurale. Je l'avertis qu'elle peut avoir des maux de tête pendant quinze jours. On propose aussi d'autres techniques, comme la réflexothérapie, ce sont de petits moyens qui peuvent être efficaces. Et puis, il y a les encouragements de la sage-femme. Même à dilatation complète, je pose une péridurale si la femme l'exige. Peut-être qu'il y a une autre peur, on ne sait pas. L'inconscient a une force extraordinaire. Si je dis oui, OK, souvent ça permet de laisser descendre le bébé, et le temps que l'anesthésiste arrive, il est né. Mais pour faire tout ça, ça demande une réflexion, un engagement, une disponibilité. Quand elles sont avec cinq salles remplies, et des papiers à remplir - j'avais calculé que de remplir la fiche individuelle sur l'ordinateur, ça prends 20 mn par dossier - la question de la relation de la sage-femme à la femme qui accouche, elle sort du cadre." (entretien sage-femme hospitalière française)

Si les femmes sont en général satisfaites de ne pas avoir souffert pendant le travail, elles sont plus frustrées de ne pas avoir pu mener elles-mêmes l'expulsion faute d'avoir ressenti la fameuse envie de pousser. Il semble donc que le modèle de la co-action ne soit pas toujours accepté avec enthousiasme du côté de la parturiente, et ceci d'autant moins que la sage-femme intervient fortement sur ce qui se passe, comme, par exemple, lorsqu'elle-même ou une de ses aides appuie sur le ventre de la femme pour faciliter la sortie du bébé. En général, les femmes qui n'ont rien senti sont plus mitigées que celles qui ont conservé un minimum de sensibilité. Un certain nombre de praticiens recommandent, comme nous l'avons signalé plus haut, de diminuer l'analgésie vers la fin de l'accouchement, mais en pratique, il est encore rare que cette recommandation soit appliquée⁵⁸.

Nous avons vu plus haut que, dans la grande majorité des accouchements réalisés en France, la femme est prise dans un dispositif de surveillance qui lui laisse très peu de marges de manœuvre, que ce soit du point de vue physique, ou plus généralement par rapport aux décisions qui peuvent être prises en cours d'accouchement. Cette situation débouche dans un certain nombre de cas sur un sentiment d'impuissance, de perte de contrôle qui est plus ou moins bien vécu ; on peut alors se poser la question de savoir si, dans ces conditions, la péridurale soulage la douleur de l'accouchement lui-même, ou la douleur non maîtrisable, ingérable que produit le dispositif dans lequel se déroule

⁵⁸ Par exemple : "Pendant un des cours de préparation, la sage-femme a expliqué que l'on diminue la dose de produit vers l'expulsion pour qu'on puisse pousser. On était douze, toutes ayant déjà eu un accouchement puisque les cours pour les femmes qui en sont à leur premier ont des cours spéciaux. La sage-femme a demandé : ça s'est bien passé comme ça ? Sur les 12, les 10 qui avaient eu une péridurale ont dit qu'elles n'avaient absolument rien senti, du coup la sage-femme était assez gênée." (entretien femme française)

l'accouchement. Autrement dit, une femme peut-elle soutenir une douleur telle que celle de l'accouchement lorsqu'elle se trouve enserrée dans un dispositif qui annihile une bonne partie de ses ressources habituelles ? Peut-être faut-il faire l'hypothèse que les femmes "demandent" ou pensent demander une péridurale comme recours face à une douleur intense, alors que la péridurale qu'on leur propose représente plutôt une solution à un certain nombre de problèmes en rapport avec l'organisation générale de la naissance. Si cette technique a connu un tel succès, on peut parier que c'est parce qu'elle est soutenue et en partie pré-inscrite dans cette organisation de la naissance : la forme de préparation, l'immobilisation des corps durant l'accouchement, la division des compétences et des responsabilités entre les différents acteurs, tous ces éléments concourent à rendre toujours plus improbable le non-recours à la péridurale. De ce point de vue, il est particulièrement intéressant de prêter attention à la manière dont, dans les récits d'accouchement, l'attribution de "l'offre" ou de la "demande" de péridurale est effectuée. Dans l'extrait suivant, on constate que cette attribution est fluctuante :

"C'est moi qui ai demandé la péridurale. Ça n'a fait aucun problème. Je dirais même qu'ils te la vendent la péridurale. On a eu une conférence, avec le chef anesthésiste qui nous a dit "La péridurale, c'est super." (...) Au départ, je voulais attendre, je n'étais pas sûre de vouloir une péridurale. Et puis, quand j'ai vu l'ambiance... il y avait une bonne femme dont la péridurale n'avait pas marché et qui hurlait à côté, je me suis dit: si tu veux la péridurale, il faut la demander tout de suite. Mais, c'est vrai qu'au départ, à la limite, j'étais plutôt partie dans l'idée de ne pas avoir de péridurale. J'étais très très confiante. J'ai eu une préparation à l'accouchement très bien, vraiment très bien. J'avais une immense confiance. C'est au fur et à mesure, en sentant l'ambiance de l'hôpital... A la conférence, on nous avait prévenu, on nous avait dit: vous serez mal reçue. Et c'est effectivement l'impression que ça m'a fait. Je me suis dit: si je ne suis pas soutenue, si on ne m'encourage pas, je ne pourrai pas, je n'arriverai pas à garder mon calme... Si on m'avait gentiment reçue, je pense que je pouvais me passer de péridurale. (entretien femme française).

C'est certes la femme qui demande, mais cette femme n'est pas un sujet stable et clairement séparé du monde, elle est plongée dans une constellation particulière d'éléments. La "même" femme n'est précisément pas la même selon la situation dans laquelle elle se trouve. Nous suggérerons que cette distribution de l'action, caractéristique de l'accouchement en France, crée les conditions favorables à la demande de péridurale, pour deux raisons principales. Elle rend les frontières du sujet encore plus poreuses qu'en temps ordinaire - quelle peut être la nature et l'intensité d'une volonté lorsqu'elle émane d'un être dont le corps est à la fois discipliné, instrumenté, extériorisé ? Sans oublier le fait qu'entre le personnel médical et la femme, les instruments font émerger l'enfant, encore inclus dans le corps de sa mère, mais déjà quasi-sujet dont les praticiens se font les porte-parole. Par ailleurs, la douleur opère le mouvement exactement inverse, dans la mesure où elle réinstalle un sujet clairement séparé, parfois insaisissable pour autrui, et à ce titre, elle constitue plutôt un obstacle à la construction de ce collectif qui va agir dans l'accouchement.

VERS DE NOUVEAUX COMPROMIS

Les partisans et les détracteurs de la péridurale quasi-systématique ne sont pas séparés par un fossé impossible à combler. Certains des arguments développés par "l'opposition" ont été entendus et servent d'appui pour imaginer de nouveaux dispositifs technico-humains propres à construire un nouveau compromis. Ainsi, dans certaines maternités⁵⁹, on propose à la femme de gérer son analgésie ; elle dispose de ce qu'on appelle une pompe à douleur, c'est à dire un bouton poussoir qui commande l'envoi d'une dose d'analgésique au travers d'un cathéter de péridurale. Cette pompe est bien sûr asservie pour que la femme ne puisse dépasser les doses admissibles. Il s'agit de laisser la femme trouver elle-même son niveau de sensation acceptable, son compromis personnel entre l'insensibilité et la douleur. Bien souvent, les péridurales ordinaires sont dosées assez fortement pour que l'effet soit durable et ne nécessite pas le retour de l'anesthésiste à courte échéance, car un certain nombre de sages-femmes refusent d'assurer la réinjection de produit : les sages-femmes estiment avoir été dépossédées par les anesthésistes de leurs compétences dans ce domaine ; dans les années 50-60, certaines d'entre elles avaient une spécialisation et géraient les petites anesthésies. Lorsqu'on leur a demandé de revenir sur cet abandon forcé en assurant la réinjection en péridurale, leurs associations professionnelles se sont prononcées contre cette idée, en arguant du fait qu'on ne pouvait leur dire un jour qu'elles étaient incompetentes et le lendemain qu'elles ne l'étaient plus. En pratique, un certain nombre d'entre elles acceptent néanmoins de faire les réinjections, mais il reste de ces débats, semble-t-il, une certaine tendance à faire des doses assez importantes, ce qui peut avoir des effets négatifs. D'où l'intérêt de la pompe à douleur : une observation de ce que font les femmes lorsqu'on les laisse gérer l'analgésique montre qu'elles utilisent beaucoup moins de produit, moins de la moitié, que ce qui leur est injecté par un anesthésiste. La pompe à douleur se présente donc comme un compromis qui joue :

- au plan médical : diminuer les doses ne peut être que positif ; de plus, les difficultés au moment de l'expulsion seront moins fréquentes si la femme conserve une certaine sensibilité ;
- au plan organisationnel : on s'affranchit des difficultés que peuvent poser les conflits de compétences entre sage-femme et anesthésiste
- au plan de l'expérience des femmes : maîtresses des processus, elles peuvent gérer finement et conserver suffisamment de sensations pour ne pas avoir l'impression de "rater" quelque chose.

Une seconde piste est ouverte, à l'instar d'un certain nombre d'expériences étrangères, avec la "péridurale ambulatoire"⁶⁰. Les produits employés pour l'analgésie péridurale permettent en principe de conserver une activité motrice et donc, par exemple, de marcher. Si les femmes sont rivées à leur table d'accouchement, ce qui, nous l'avons vu, est considéré comme une source

⁵⁹ en particulier, à la maternité de Villeneuve Saint Georges.

⁶⁰ Des expériences ont lieu à l'hôpital de Clermont-Ferrand.

d'inconfort et même d'inefficacité du travail, ce n'est pas à cause de la péridurale, mais en raison des habitudes obstétricales renforcées par la présence du monitoring et de la perfusion. Avec des équipements de mesure qui sont reliés par ondes à l'imprimante, il devient possible de faire bouger la femme, qui se promène avec une sorte de perche roulante à laquelle est accrochée la perfusion. Ici, il s'agit de conjuguer les avantages de la médicalisation et ceux de la non-médicalisation en autorisant la pesanteur à faciliter le travail, et de contourner les reproches des femmes qui jugent la position couchée trop inconfortable. Solution qui déclenche la colère de ceux pour qui l'accouchement doit être pensé comme un et indivisible et pour qui la douleur est la condition et le signe d'une transformation existentielle :

"C'est quand même un drôle d'esprit, essayer d'avoir la médicalisation tout en donnant de l'extérieur l'aspect "il ne s'est rien passé". Est-ce qu'ils permettent aux femmes de bouger sans péridurale? Je présume, s'ils permettent aux femmes de bouger avec péridurale, c'est qu'ils permettent de bouger sans péri..." (entretien sage-femme libérale française)

Nous voyons donc se dessiner de nouvelles configurations pour la naissance en France, pistes qu'il serait intéressant d'explorer dans la suite de cette recherche. Ceci implique que la situation n'est pas figée : dans les dernières années, on semblait aller vers une prise en charge standardisée et médicalisée de l'accouchement, incluant le traitement de la douleur. Des mouvements émergent qui, tout en allant dans des directions opposées, visent quelques objectifs communs : ainsi, redonner l'initiative aux femmes peut se faire soit en les laissant plus libres de leurs mouvements et de leurs choix, soit en les dotant d'une pompe à douleur. Selon que l'on choisit l'une ou l'autre solution, la configuration finale est complètement différente : un de nos objectifs futurs devrait être d'essayer de comprendre comment peuvent s'effectuer à certains moments des bifurcations dans les pratiques médicales, et en particulier d'évaluer l'importance de l'épidémiologie et des contraintes organisationnelles dans ces bifurcations ; c'est à partir d'une analyse de ce type que l'on pourra avancer quelques hypothèses pour l'avenir de la naissance en France.

La douleur aux Pays-Bas

"Quand on considère que la naissance est un processus douloureux et risqué, la douleur ressentie correspond souvent à cette idée. Quand à l'inverse, la naissance est perçue comme quelque chose de normal, de naturel, et dont la douleur peut en principe être supportée, alors elle se déroule conformément à cette conception."⁶¹

⁶¹ Van der Hulst, L., 1994, "Hoe beleven wij de normale bevalling? Pijnbeleving en de wens tot pijnstilling", *Medische Contact*, vol. 49, n° 14

LA NAISSANCE À LA MAISON ET SES MARGES

La douleur physiologique

Aux Pays-Bas, la grossesse et l'accouchement sont définis a priori comme des processus physiologiques. Comme nous l'avons vu, les frontières de la pathologie sont clairement décrites dans la VIL, liste des indications obstétricales. La gestion du risque repose sur un couplage entre un lieu et une femme, sachant que lieu implique profession et type de moyens. Même lorsque la femme a été orientée vers le deuxième échelon de soins, parce qu'une pathologie a été décelée, tout est en principe mis en œuvre pour que sa grossesse et son accouchement puissent se dérouler autant que possible dans des conditions physiologiques.

"Notre philosophie, c'est qu'il faut toujours avoir un accouchement le plus naturel possible, quels les problèmes médicaux rencontrés par la femme." (entretien sage-femme hospitalière)

Le monitoring, la perfusion ne sont installés que si cela s'avère nécessaire. Certains obstétriciens mettent un point d'honneur à faire le moins d'interventions possible.

"Nous avons fait des statistiques sur nos interventions et nous avons constaté que nous faisons moins d'épisiotomie que la moyenne des sages-femmes !" ⁶²

Ceci étant, d'autres études ⁶³ montrent qu'une fois dans un hôpital ou dans une polyclinique, la femme plus de chance d'être soumise à des interventions médicales que si elle reste à la maison. Plusieurs raisons sont invoquées : les femmes qui choisissent la polyclinique ne seraient pas, du point de vue médical, représentatives ; la proximité des instruments obstétricaux et du personnel spécialisé inciterait à l'intervention :

"Avec les femmes qui choisissent la polyclinique, j'essaie de faire en sorte que l'accouchement se déroule le plus physiologiquement possible. Mais c'est difficile, parce qu'on est influencé par l'atmosphère de l'hôpital. J'ai quand même réussi pas mal d'accouchements physiologiques à l'hôpital." ⁶⁴

De ce point de vue, l'observation attentive de ce qui se passe à l'hôpital pourrait, dans une étape ultérieure de recherche, apporter des éléments intéressants quant à la manière dont le lieu contraint plus ou moins le déroulement de l'accouchement, et aux mécanismes qui sont susceptibles de faire glisser d'un modèle d'accouchement à un autre.

⁶² Guus Dekkers, chef de clinique du service obstétrical à l'hôpital universitaire, cité dans Manschot, A., 1993, "Is al dat lijden nog wel nodig?", *Opzij*, décembre 1993, p. 30.

⁶³ Damstra-Wijmenga, 1982 ; Wiegers, T. et G. Berghs, 1994, *Bevallen... thuis of poloklinisch* ?, Utrecht : Nivel.

⁶⁴ Koelewijn, J., 1995, "Thuisbevalling en vrije keuze", *TvT*, juin 1995

À l'intérieur de ce modèle "physiologique", le traitement de la douleur ne s'est vu accorder qu'une place marginale. La douleur de l'accouchement est considérée comme quelque chose d'important, d'inévitable, d'utile même et en tous cas de supportable dans la plupart des cas. Ni les femmes, ni les professionnels ne pensent nécessaire d'utiliser des moyens médicaux pour la supprimer ; il n'y a pas de "demande" de péridurale, au sens où il n'est pas encore concevable de l'installer sur simple requête de la femme et, de façon assez prévisible, à supposer que cela se produise, cette intervention ne serait pas remboursée par la sécurité sociale.

Les cours de préparation à la naissance autant que les livres consacrés à la maternité partent de cette idée qu'il est possible de gérer cette douleur. Un des livres les plus populaires et les plus lus sur la question, *Bevallen en Opstaan*, prend nettement position en faveur de la physiologie et vante l'accouchement à domicile et l'allaitement au sein. Dans son édition de 1994 (la 23ème), la question de la douleur est abordée de la façon suivante (nous citons l'intégralité de ce qui est dit sur le sujet de la douleur car cette approche est celle qui est proposée au plus grand nombre de femmes) :

"Peut-on dire quoi que ce soit de concret sur la douleur ? Quand on examine les ouvrages destinés aux sages-femmes, on ne trouve guère de cause à laquelle attribuer cette douleur. Il est simplement dit que les nerfs de l'utérus sont très sollicités durant les contractions. Les fibres de l'utérus sont étirées et c'est ce qui provoque la douleur, en particulier vers la fin de la dilatation quand les contractions deviennent plus fortes et plus rapprochées. La pression de la paroi abdominale sur l'utérus provoque aussi la douleur, laquelle peut encore être accentuée par un défaut d'oxygénation due à la compression des vaisseaux. Certaines positions du fœtus, comme une présentation par le siège, sont susceptibles de provoquer des douleurs au niveau du dos. La dilatation est alors plus longue et la fatigue augmente les sensations douloureuses;

Et c'est à peu près tout ce qui peut être dit sur la douleur de l'accouchement. Alors que la douleur est en général l'avertissement d'un désordre quelconque, la douleur de l'accouchement échappe à cette règle. Les sages-femmes observent souvent le visage de la femme pour déterminer le stade de dilatation : si elle a l'air détendue et qu'elle parle entre les contractions, c'est que le travail va encore prendre un certain temps. Si elle se sent mal et a des difficultés à supporter les contractions, c'est que le travail avance. Mais personne ne sait pourquoi telle femme souffre terriblement alors que telle autre supporte bien les contractions.

Vous verrez qu'accoucher vous projette dans un état complètement différent de celui de la vie quotidienne. Tout se passe comme si votre corps avec ses fortes contractions, ses douleurs vous disait : fais attention à moi, fais seulement attention à moi. Et il est clair que vous avez besoin de cette concentration pendant l'accouchement, de ce renfermement sur vous-même, pour être en mesure d'entrer dans cette nouvelle étape de votre vie.

Que pouvez-vous faire pour lutter contre la douleur ? Les exercices de relaxation, les cours de préparation sont-ils utiles ? L'accouchement sans douleur est-il un mythe ou est-il réellement possible ?

Tout le monde sait que la douleur ressentie ne dépend pas seulement de ce qui en est la cause physiologique. Les circonstances ou votre propre situation peuvent jouer un rôle important. Il est possible d'agir sur l'intensité de la douleur. Un environnement calme et familier, la présence de quelqu'un qui vous connaît bien

sont des éléments positifs. Si vous êtes bien préparée, cela peut vous aider. Tout ceci est évident et scientifiquement prouvé. Un grand nombre d'enquêtes montrent que les femmes qui ont suivi des cours de préparation à la naissance souffrent moins que celles qui n'en ont pas suivi.

Si vous abordez l'accouchement en étant bien préparée, si vous savez ce qui va se passer, si on vous a appris comment gérer les contractions et comment vous détendre, la douleur sera beaucoup plus supportable que si vous vous embarquez dans l'aventure sans aucune information."⁶⁵

Ce sont à peu près les seuls messages que reçoit une femme enceinte: préparez-vous, essayez d'apprendre à gérer les contractions, essayez de vous détendre, installez-vous dans une pièce familière, et entourez-vous de proches en qui vous avez confiance, y compris d'une sage-femme que vous appréciez, et la douleur sera plus supportable. Les cours de préparation - qu'ils soient basés sur la physiothérapie, le yoga, l'haptonomie, ou le "Mensendieck" - s'appuient tous, en première approximation, sur cette conception de la douleur. On y enseigne aux femmes des techniques spécifiques de respiration et des exercices pour muscler le périnée. La plupart des cours consacrent une partie de leur temps à la préparation psychologique de la femme ou du couple : on y développe la conscience de la présence du bébé et de son arrivée prochaine.

"Au premier cours de Mensendieck, le professeur nous a dit que l'accouchement était quelque chose de douloureux, de très douloureux, mais qu'elle allait nous aider à nous préparer et que nous étions capables d'en venir à bout par nous-mêmes. Il n'y avait rien de "soft" dans la préparation, ce n'était pas du tout orienté vers la psychologie, mais c'était essentiellement des exercices pour nous entraîner physiquement, pour être bien conscientes de ce que notre bébé aurait à descendre pour pouvoir sortir et qu'il fallait que nous nous concentrons sur l'ouverture et le fait de le laisser sortir. Elle était vraiment formidable pour nous donner confiance. Je me sentais très forte. Elle nous a appris des petites phrases à dire pendant les contractions comme : "cette contraction ne reviendra jamais" ou "le bébé doit sortir par le bas" et nous devions respirer pendant ces phrases. Certaines femmes m'ont dit que pendant l'accouchement, elles entendaient le prof répéter ces phrases." (entretien femme néerlandaise)

Ce "traitement" de la douleur, qui lie la douleur à l'accouchement lui-même et qui s'appuie sur la confiance de la femme et le soutien de ses proches, est parfaitement cohérent par rapport à l'obstétrique néerlandaise dans laquelle se superposent les frontières professionnelles, physiologiques et géographiques. Cependant, la péridurale fait de plus en plus partie des attentes des femmes, de la même manière qu'elles sont de plus en plus nombreuses à vouloir accoucher à l'hôpital. Bien que ni les livres spécialisés, ni les cours de préparation n'en parlent, la péridurale s'insinue progressivement aux Pays-Bas par l'intermédiaire des journaux grand public et des récits des femmes venant de l'étranger.

Si l'on croit les sages-femmes interviewées, lorsqu'il est question de péridurale, ce sont toujours les femmes qui abordent le sujet.

⁶⁵ Spanjer, J. et alii (ed.), 1994, *Bevallen en Opstann*, Amsterdam : Contact. p. 131-2.

"Dès qu'il y a un article dans la presse, le pourcentage de péridurales augmente de façon considérable. Mais ça dépend aussi de l'origine de la femme. Nous avons eu une irlandaise pour qui il était absolument évident qu'un accouchement devait se faire sous péridurale. Elle est allée voir un obstétricien pour son suivi prénatal et lui, l'a renvoyée vers nous. Nous étions ravies qu'elle voit au moins une sage-femme, et nous lui avons dit : nous irons avec vous à la polyclinique et si vous voulez une péridurale, vous en aurez une. On a même signé un accord avec elle et avec l'obstétricien pour la péridurale et elle s'est promené avec ce papier pendant toute sa grossesse. Et finalement, elle a accouché comme une fleur, sans péridurale et elle n'a absolument rien demandé, et elle était très fière de l'avoir fait." (entretien sage-femme néerlandaise)

Mais ce mouvement est sans doute plus profond. La définition de la douleur pathologique est en train de changer entraînant inévitablement, celle de la douleur "normale". Des fissures apparaissent donc dans l'édifice néerlandais de la naissance physiologique : les sages-femmes semblent être très conscientes des menaces que font peser ces évolutions sur le système néerlandais, et plus particulièrement sur leur propre profession. Comme la péridurale ne peut être posée que sur indication médicale, son utilisation suppose que la femme soit prise en main par un obstétricien, et non plus par une sage-femme : une augmentation incontrôlée de la demande de péridurale à laquelle serait apportée une réponse positive risquerait d'ébranler le métier et les pratiques des sages-femmes libérales. On se retrouverait dans une situation paradoxale : alors que, sous inspiration du modèle néerlandais, l'accouchement physiologique et la profession de sage-femme libérale sont réinventés à l'étranger, ce même modèle serait menacé à l'intérieur de son royaume.

Les Pays-Bas connaissent à l'heure actuelle trois controverses sur la douleur de l'accouchement. La première oppose les spécialistes aux sages-femmes et concerne la définition de la douleur pathologique : cette douleur est-elle le résultat d'un travail inefficace ou prend-elle son origine dans des mécanismes méconnus et moins directement interprétables en termes physiques ? La deuxième controverse fait rage à l'intérieur des cercles féministes et concerne le "confort" des accouchements sans douleur ou avec douleur : ici, les théories et les pratiques dominantes en matière d'obstétrique font l'objet d'âpres discussions. La dernière controverse est plus souterraine et concerne les demandes des femmes durant l'accouchement : alors que les professionnels, qu'ils soient d'ailleurs pour ou contre la péridurale, proposent une représentation unidimensionnelle des demandes des femmes, et de la manière dont elles définissent le confort, les récits des femmes montrent que la douleur est vécue de manière plus complexe, plus ambiguë.

Pour sortir de ces débats, plusieurs solutions sont théoriquement possibles. Une solution, extrême pour les Pays-Bas, consisterait à donner à toutes les femmes la possibilité d'avoir accès gratuitement à la péridurale, sans prendre en compte les conséquences qu'une telle mesure serait susceptible d'avoir sur l'organisation de la naissance : les sages-femmes feraient des péridurales ou perdraient leur emploi, et les femmes seraient libres de choisir le lieu de leur accouchement, domicile, polyclinique ou hôpital. À l'autre extrême, certaines sages-femmes souhaitent que l'on continue à organiser le partage des

compétences autour de la liste des indications obstétricales, mais que l'on enlève aux femmes la possibilité de choix entre le domicile et la polyclinique, de manière à enrayer la tendance actuelle qui pousse toujours plus de femmes vers l'hôpital. Entre ces deux extrêmes, plusieurs options : l'une d'entre elles consiste à ajouter "douleur insupportable" à la liste des indications, et ainsi de contrôler la demande des femmes. Étendre les compétences des sages-femmes et leur permettre d'accompagner les naissances sous péridurale représente une autre option possible. Enfin, il est encore possible de s'orienter vers un programme d'information des femmes autour des avantages médicaux et psychologiques procurés par une naissance "autogérée" en faisant l'hypothèse qu'elles choisiront ensuite plus souvent et en connaissance de cause pour un accouchement à domicile.

Quelque part, sous-jacente à ces débats et à ces orientations possibles, reste la question de la définition d'une naissance normale. Si la douleur reste une part normale et supportable de toute naissance physiologique alors la pratique néerlandaise se trouve en cohérence avec cette définition et peut continuer à fonctionner ; à l'inverse, si la suppression de la douleur est intégrée dans la naissance "normale", alors ceci est susceptible d'avoir des conséquences importantes sur l'organisation néerlandaise.

La douleur pathologique : les professionnels de la médecine

Il reste qu'encore aujourd'hui l'idée de la douleur comme quelque chose de physiologique, d'utile, de supportable et d'inoffensif occupe une place prépondérante, au point qu'une douleur inhabituellement forte peut être expliquée :

"Si une femme grimpe aux rideaux de douleur, il peut y avoir deux raisons. Soit elle est en transition, en fin de dilatation et elle va bientôt accoucher. Si elle est toujours à 2 ou 3 cm de dilatation, c'est qu'il y a peut-être une position particulièrement défavorable, auquel cas vous pouvez vous attendre à un travail long et difficile pour vous aussi. Nous appelons cela une douleur anormale : c'est le corps qui dit qu'il y a quelque chose qui ne va pas." (entretien sage-femme néerlandaise)

En dernier lieu, les critères permettant de qualifier une douleur comme pathologique et donc d'autoriser son traitement semblent changer : le lien implicite qui était fait entre les progrès de la dilatation et le caractère normal/pathologique de la douleur est remis en cause par les obstétriciens et par les sages-femmes.

Le débat sur le caractère supportable de la douleur dans les accouchements normaux a commencé il y a 20 ans avec une enquête effectuée par Jozien Holm, gynécologue, sur la douleur des femmes accouchant à l'hôpital. Elle a demandé à des femmes britanniques pendant leur accouchement, qui se déroulait à l'hôpital, si elles voulaient la péridurale et elle a obtenu 50% de oui. À l'époque, son plaidoyer en faveur d'un accès plus libre à la péridurale a été critiqué mais est resté relativement isolé. Dans les années 90, ce débat est partout, dans la principale revue de sages-femmes, dans les con-

férences, et même dans la presse grand public. Ce sont toujours les partisans de la péridurale généralisée qui mènent l'offensive ; ils décrivent la douleur comme "un secret de femme jalousement gardé que l'on ne peut partager qu'après avoir été mise en pièces par l'accouchement"⁶⁶, "un voyage en enfer"⁶⁷ ou une souffrance inutile à une époque où existent des techniques, efficaces et sans danger, qui permettent de la supprimer⁶⁸. Ils sont contrés par d'autres études qui présentent une vision plus subtile de la douleur vécue. Ainsi, Leonie van der Hulst, sage-femme et sociologue, a interrogé 49 couples, après la naissance de leur enfant, sur la façon dont ils avaient vécu la douleur. La moitié des personnes interrogées ont été confrontées à une douleur plus importante que celle à laquelle elles s'attendaient, mais à l'intérieur de ce groupe, 60% des personnes n'ont eu aucun désir, à quelque moment que ce soit, de faire appel à une méthode analgésique. Un quart des personnes interrogées ont été confrontées à une douleur conforme à ce qu'elles attendaient, et le dernier quart à une douleur plus faible que prévue. Van der Hulst note par ailleurs que dans le premier groupe (douleur plus forte que prévu), les hommes sont plus nombreux que les femmes alors que dans le troisième (douleur moins forte que prévu) les femmes sont plus nombreuses. Par ailleurs, dans le premier groupe, 75% des personnes disent avoir un souvenir fort et positif de l'accouchement.

"Tout ceci est remarquable, en particulier quand on le confronte à l'idée que la plupart des gens se font de la douleur et à l'appréciation que l'on trouve couramment dans la littérature médicale et qui fait de l'accouchement l'un des événements et des souvenirs les plus douloureux dans l'existence d'une femme. Notre enquête montre que les jeunes parents n'associent pas de sentiments négatifs à l'accouchement."⁶⁹

Si l'on en croit Van der Hulst, pour la plupart des femmes et des hommes, le travail ne se ramène pas à la douleur, et son traitement, qui implique une naissance médicalisée, n'est pas très attirant. Ceci étant, au cours d'un débat public, l'une des plus ferventes partisans d'un accès libéralisé à la péridurale, la gynécologue M. Holm, et une sage-femme très engagée dans la défense de la naissance naturelle, non médicalisée, B. Smulders, ont réussi à trouver un terrain d'entente. Même B. Smulders admettait que dans un certain nombre de cas (de l'ordre de 5%), alors que le travail se déroule normalement, les femmes éprouvent une douleur telle qu'elles ne pourront jamais cicatriser la blessure mentale que leur a laissé leur accouchement. Dans ces cas là, le recours à la péridurale s'impose. En revanche, elles ne pouvaient s'accorder sur l'accès des femmes à la péridurale : Smulders considérait qu'en ajoutant un item à la VIL, "douleur pathologique", on donnait aux sages-femmes le moyen de trouver une solution pour les femmes aux prises avec cette difficulté. Holm ne partageait pas cette idée, probablement parce qu'en tant que gynécologue, elle est

⁶⁶ Christien Brinkgreve, NRC, mai 1992.

⁶⁷ Elsevier, octobre 1992.

⁶⁸ Opzij, décembre 1993.

⁶⁹ Van der Hulst, L., 1995, "De beleving van baringspijn", *TvT*, mars 1995, p. 123.

confrontée uniquement aux naissances pathologiques qui ne sont plus de la responsabilité des sages-femmes.

Dans cette configuration les femmes qui accouchent avec une sage-femme libérale pourraient, en cas de besoin, bénéficier de la péridurale, à condition que la sage-femme les oriente vers le deuxième échelon de soins. Cette solution serait probablement acceptable pour les femmes qui partent avec l'idée d'accoucher à domicile et pour les sages-femmes qui ne verraient pas l'organisation de leur profession remise en cause. Mais les choses semblent plus compliquées sur le long terme, car il y a déjà eu des glissements dans la répartition domicile-hôpital. Comme nous l'avons vu dans la première partie, les sages-femmes envoient apparemment de plus en plus de femmes à l'hôpital durant l'accouchement pour "dilatation insuffisante", et cette indication débouche très souvent sur la pose d'une péridurale.⁷⁰

"Ce qui me surprend, c'est l'augmentation des indications de travail inefficace. Je pense que c'est une question de patience aussi bien chez la sage-femme que chez la cliente. Pourquoi ça ? La surcharge de travail chez les sages-femmes... mais les femmes aussi ont moins de patience ; nous vivons dans une société où tout va vite, pourquoi voudriez être patient et attendre alors que l'on peut accélérer les processus ? Nous avons de plus en plus de femmes avec ce diagnostic. Nous leur donnons quelque chose pour la douleur, pratiquement à toutes, et quelque chose pour stimuler les contractions. Vous savez, une petite péridurale, ça fait des miracles. Parfois en une heure, c'est suffisant, parce que les femmes peuvent se détendre et la dilatation se fait." (entretien sage-femme hospitalière néerlandaise)

Par ailleurs, il existe déjà un groupe de femmes sans problèmes obstétricaux particuliers qui accouchent dans un hôpital universitaire (et pas seulement à la polyclinique). Pour des raisons pédagogiques, ces hôpitaux ont besoin de grossesses et d'accouchements physiologiques. Et c'est là que des femmes peuvent avoir un accès facile à la péridurale sans indication médicale. Il y a huit hôpitaux universitaires aux Pays-Bas, parmi lesquels six emploient des sages-femmes. Un des deux hôpitaux restants, l'hôpital de l'Université Libre d'Amsterdam, a déjà augmenté fortement son utilisation de la péridurale, puisqu'en 1993, 25% des naissances se faisaient sous péridurale, contre 15% en 1990.

"Des femmes viennent de tout le pays parce qu'elles savent que nous ne leur refuserons pas la péridurale. Ce sont souvent des femmes qui ont eu un premier accouchement difficile et douloureux et qui ne veulent pas recommencer la même expérience. La plupart ont fait des études et sont bien informées. Nous ne devons pas oublier que, plus tard dans sa vie la femme a son premier enfant, et plus elle a de chances d'avoir un accouchement difficile. Nous ne faisons pas de publicité pour l'accouchement sans douleur. Nous posons la péridurale si la femme le demande. Et nous ne la proposons que lorsque la femme est en travail et qu'elle souffre énormément ou lorsque elle doit accoucher d'un enfant mort in utero. Je

⁷⁰ Wiegers, T. et G. Berghs, 1994, *Bevallen... thuis of poloklinisch ?*, Utrecht : Nivel.

crois que, dans ce dernier cas, ce serait vraiment cruel de laisser une femme souffrir."⁷¹

Dans l'hôpital universitaire d'Utrecht, qui emploie des sages-femmes, la péridurale semble être réservée aux cas médicaux, mais ces indications médicales augmentent :

"Nous n'en faisons pas beaucoup, notre philosophie c'est plutôt d'essayer de faire des accouchements le plus normalement possible, même lorsque la femme a certaines pathologies. Nous faisons un peu moins de péridurales avec nos propres clientes, celles que nous avons suivies depuis le départ, qu'avec les femmes qui viennent à nous par l'intermédiaire d'une sage-femme libérale. Nous sommes un peu plus hésitants pour la péridurale avec notre propre clientèle. Je ne sais pas pourquoi. Nous stimulons les contractions, mais la péridurale... c'est peut-être dû à la continuité du suivi que nous avons avec ces clientes. Mais, évidemment, celles qui sont envoyées par leur sage-femme avec un diagnostic de dilatation insuffisante ont un diagnostic déjà précis qui appelle presque toujours la péridurale. Et quand les femmes le demandent, nous ne le refusons pas, en tout cas en dessous de 8 cm, parce qu'à 8 cm normalement nous arrêtons la péridurale. Elles le comprennent." (entretien sage-femme hospitalière néerlandaise)

Il semble que contrairement à ce qui se passe en France, les femmes néerlandaises qui demandent une péridurale ne se voient pas accorder un accouchement absolument sans douleur. Apparemment, la pratique commune⁷² consiste à réduire les analgésiques lorsque l'on s'approche de la dilatation complète afin que la femme soit capable de pousser parce qu'elle en a envie :

"L'expulsion n'est pas transformée par la péridurale, nous stoppons les produits analgésiques lorsque la naissance approche et nous attendons que son action soit terminée avant de commencer l'expulsion. Sinon, cela conduit presque automatiquement à une délivrance artificielle. Nous avons appris ça par l'expérience : il faut que la douleur revienne, la sensibilité de la femme. Et nous expliquons cela aux femmes. Elles nous disent : mais on m'avait dit que j'aurais une naissance sans douleur !? Et on leur répond : qu'est-ce que vous voulez ? Souffrir un peu et accoucher sans trop de traumatisme ni pour vous, ni pour l'enfant, ou ne rien sentir mais avoir toutes les chances d'une naissance difficile ? Si vous expliquez ça aux femmes, elles comprennent pourquoi nous choisissons la première solution." (entretien sage-femme hospitalière néerlandaise)

Les débats et les pratiques des professionnels révèlent une évolution de la manière dont la douleur est perçue aux Pays-Bas. Par accumulation de petits mouvements - des femmes envoyées par les sages-femmes à l'hôpital, de celles qui choisissent l'hôpital plutôt que la maison, etc. - la péridurale gagne progressivement du terrain. Cette tendance conjointe à celle qui voit de plus en plus de femmes choisir l'hôpital peut être désastreuse à moyen terme pour le système néerlandais.

⁷¹ Guus Dekkern chef de clinique dans le service obstétrique de l'hôpital universitaire libre cité dans Manschot, A., 1993, "Is al dat lijden nog wel nodig?", *Opzij*, décembre 1993, p. 30.

⁷² Il faudrait pouvoir observer des accouchements et voir si, en pratique, c'est effectivement ce qui se passe. Car en France, un certain nombre d'acteurs affichent des principes voisins, sans que cela semble de fait être appliqué de façon systématique.

LA DOULEUR FÉMINISTE

À l'étranger, les féministes ont opté depuis longtemps pour l'accouchement sans douleur : des femmes américaines ont défendu ce point de vue depuis le début du 20ème siècle, et les femmes anglaises ont demandé une analgésie, "gas-and-air", dans les années 50. Mais les néerlandaises n'ont pas suivi ce mouvement au moins jusqu'à une période récente. Avec la généralisation de la péridurale telle qu'elle s'observe dans les pays étrangers, certaines féministes néerlandaises ont commencé à contester le fait qu'il faille encore souffrir pour donner naissance. Dans cette optique, la douleur de l'accouchement a été redéfinie comme équivalente à n'importe quelle autre douleur, et en particulier à la douleur des interventions chirurgicales ; les femmes qui choisissent d'accoucher dans la douleur sont ridiculisées :

"Dans le cas d'une appendicite ou de l'extraction d'une dent, personne n'admettrait que cela se passe à la maison, dans l'intimité et le confort familial, avec un peu de musique choisie par le patient, sous prétexte de montrer à quel point l'on peut rester maître de soi."⁷³

Les femmes ne doivent pas être obligées souffrir sans raisons, elles ont droit à une analgésie, et si elles ne le réclament pas, c'est simplement qu'elles sont influencées par de vieilles idées calvinistes.

Contre cet argumentaire "féministe" pro-péridurale, un autre argumentaire qui se veut aussi féministe est développé :

"Les femmes qui se veulent un tant soit peu féministes ne devraient jamais accepter la péridurale" (entretien sage-femme libérale)

Ou de façon plus radicale :

"Une vraie féministe ne s'en remet pas à un médecin pour quelque chose qu'elle peut gérer elle-même. Elle ne prend pas une attitude qui met les médecins en position d'être paternalistes."

À l'intérieur de ce courant de pensée, la douleur est supportable et utile, et surtout un accouchement entièrement géré par la femme elle-même peut être une expérience à la limite de la jouissance :

"La confiance en soi est cruciale, parce que la crainte, l'anxiété et la douleur forment un cercle vicieux. Lorsqu'une femme éprouve la naissance comme un événement naturel, elle accouche avec plus de plaisir et moins de problèmes."⁷⁴

Ces féministes mettent en relation la question de la péridurale avec des questions plus larges qui touchent à la place des femmes vis à vis de la médecine :

⁷³ Manschot, A., 1993, "Is al dat lijden nog wel nodig?", *Opzij*, décembre 1993.

⁷⁴ Smulders, B. et A. Limburg, 1988, "Obstetrics and midwifery in the Netherlands", in S. Kitinger (ed.), p. 242

"Un des effets négatifs de la péridurale, c'est que les femmes qui savent qu'elles accoucheront sous péridurale sont moins enclines à suivre les cours de préparation. C'est un retour en arrière. Les femmes en sauront de moins en moins sur la grossesse et l'accouchement, et elles laisseront les médecins savoir à leur place."⁷⁵

De la même manière qu'en France, les partisans de la péridurale tendent à séparer la douleur de l'ensemble de l'accouchement et à ignorer le fait que la femme est incluse dans un dispositif plus global. Ses détracteurs, à l'inverse, essaient de mobiliser des théories de la douleur qui la relie fortement à l'accouchement lui-même et insistent sur le fait que les différentes dimensions de la naissance ne sont pas indépendantes :

"La promotion de la péridurale est faite sur le mode : chaque femme devrait avoir le choix entre un accouchement avec douleur ou sans douleur. C'est n'importe quoi : une femme un peu censée choisira évidemment l'accouchement sans douleur. Pourquoi souffrir si on peut l'éviter ? Et elles pensent qu'elles seront plus conscientes au moment de la naissance parce qu'elles ne vont pas souffrir. Mais le choix n'est pas entre la douleur ou pas de douleur. Le choix est entre la douleur et pas de douleur mais tout un tas de conséquences - un risque plus élevé de délivrance artificielle et de césarienne et une perte d'autonomie. En fait, sous péridurale, vous ne pouvez plus faire aucun choix, vous êtes totalement dépendante de la personne qui suit le déroulement de votre accouchement. Vous ne savez plus à quel stade vous en êtes, vous ne ressentez plus les contractions..." (entretien sage-femme libérale néerlandaise)

Que les femmes néerlandaises soient ou non d'accord avec le premier argument "féministe", il est clair qu'elles cherchent de plus en plus à être près d'un endroit où l'accouchement sera suivi avec des moyens techniques et où elles pourront bénéficier d'une analgésie. Nous constatons que dans les deux pays la "demande" des femmes joue un rôle très important dans la justification des décisions ou dans l'explication des tendances. Dans une étape ultérieure de recherche, il serait intéressant de se concentrer sur la manière dont cette demande est construite : quels sont les éléments qui jouent un rôle déterminant dans les choix des femmes ? De quelle manière leurs opinions, leurs décisions sont-elles orientées, canalisées traduites par d'autres acteurs comme les professionnels ? Comment se négocie et se construit peu à peu l'accouchement réel ? Quels sont les "restes", les insatisfactions, les frustrations qui demeurent après l'accouchement et qui résultent d'un écart entre ce que les femmes pensent avoir voulu a priori ou a posteriori et ce qu'elles ont vécu ? Par quels mécanismes les professionnels eux-mêmes se construisent-ils une représentation de ce que les femmes veulent ou peuvent ? Ce travail impliquerait de surcroît que nous puissions observer et/ou interviewer des femmes néerlandaises ayant eu une péridurale, et à l'inverse des femmes françaises n'ayant pas voulu ou pas pu avoir de péridurale.

⁷⁵ Van der Hulst, L., 1995, "De beleving van baringspijn", *TvT*, mars 1995, p. 120.

LA DOULEUR DES FEMMES

Comment les femmes néerlandaises vivent-elles la douleur de l'accouchement ? Jusqu'à quel point la communion constitue-t-elle un bon soutien et où fait-elle défaut ? Nous allons voir que pour la plupart des femmes que nous avons interviewées, et qui étaient, à l'exception d'une seule, des primipares, la douleur était à la fois soutenable et insoutenable. Elle était soutenable dans la mesure où elle-même était soutenue par la sage-femme, son compagnon, ses proches, la chaleur de son foyer, et en ce sens, les récits des femmes sont assez compatibles avec le modèle néerlandais tel que décliné par les sages-femmes. Tous les récits sont organisés fortement autour de la douleur :

"ça a été terrible ; à chaque contraction, la sage-femme pouvait voir la dilatation progresser ; ça a été tellement vite. La poche des eaux s'est rompue vers 7 heures et à 10 heures, Redmar était né ; ça faisait horriblement mal. J'ai eu vraiment des difficultés à le supporter." (entretien femme néerlandaise)

Un certain nombre de récits confirment les observations des sages-femmes qui disent que les femmes en travail ont tendance à demander explicitement la péridurale. Quand ceci se produit, il semble que la simple évocation de ce qu'impliquerait la péridurale soit décisive :

"Si j'avais eu le choix pour mon premier enfant, j'aurais demandé une péridurale. Je crevais sous la douleur. Mais si je l'avais eue, je pense que je l'aurais regretté toute ma vie. Ma sage-femme m'a dit : "Allez-y ! Continuez ! Vous n'avez quand même pas supporté tout ça jusqu'à présent pour avoir une péridurale maintenant, à la fin ! Ce n'est pas ce que vous voulez !" Elle avait raison, mais qu'est-ce que j'ai eu mal !" (entretien femme néerlandaise)

"J'avais terriblement mal. J'ai demandé quelque chose pour supprimer cette douleur, une péridurale. La sage-femme m'a dit : OK, mais voulez-vous avoir votre enfant tout à fait consciente ou pas ? Vous avez déjà fait tout ce chemin, c'est presque fini... Je lui ai répondu : oui, je veux l'avoir consciente. Et elle m'a dit : et bien alors continuez ! Restez-là." Ce que j'ai fait. Après coup, je n'ai pas du tout regretté de ne pas avoir eu de péridurale. J'ai eu une sage-femme formidable. Et je recommencerais sans péridurale." (entretien femme néerlandaise)

Et nous pourrions citer bien d'autres entretiens : la douleur est donc toujours extrêmement présente dans les récits néerlandais. Mais, tout comme l'absence de la douleur dans les récits français pouvait être mise en relation avec un ensemble d'acteurs dont l'action contribuait à rendre nécessaire la péridurale, la présence de la douleur dans les récits néerlandais peut être associée en un sens à l'absence de tout autre soutien que la communion avec les proches. Alors que les femmes françaises se sentent prises dans un dispositif composé de machines et d'humains, les femmes néerlandaises sont au centre de l'événement. Quand on les interroge, elles ne se souviennent qu'avec difficulté des examens réalisés par la sage-femme, alors que les mesures instrumentées constituent presque la trame des récits français. Elles savent que les sages-femmes ont fait des touchers vaginaux pour mesurer l'état de la dilatation ; le cas échéant, elles se rappellent l'épisiotomie. Mais les autres actions réalisées

par la sage-femme, écoute du cœur de l'enfant avec un Doppler ou un Pinard, ou palpation externe du ventre de la femme sont oubliées. Il semble donc que, conformément à l'analyse que nous avons faite des dispositifs de surveillance, l'action de la sage-femme soit surtout perçue comme une action de soutien, de mise en confiance plutôt que comme une action de supervision médicale.

Les femmes néerlandaises insistent sur l'intimité, la proximité immédiate qu'elles peuvent avoir avec leur bébé après la naissance, l'absence d'intrusion médicale : les examens et tests réalisés par la sage-femme pour contrôler l'état du bébé sont effectués rapidement et sans séparer l'enfant de son environnement familial. Même fatiguées, les femmes disent récupérer très vite. Elles sont donc en général satisfaites de leur accouchement, sauf lorsqu'un transfert vers l'hôpital a été nécessaire en cours d'accouchement, ou que la douleur a été trop forte. Parmi les femmes que nous avons interviewées, une femme belge est dans ce cas. Venant d'une autre culture, elle se plaignait du manque d'information sur la sécurité des accouchements à domicile. Mais, alors qu'a priori, elle voulait accoucher à l'hôpital, elle se laisse convaincre par l'idée qu'un environnement familial peut être aussi sûr. Elle a accouché d'une petite fille en parfaite santé, mais son expérience de la douleur a été telle qu'elle est aux bords des larmes quand elle en parle plusieurs mois après et qu'elle s'est bien promise de ne jamais accoucher à nouveau sans avoir la possibilité de recourir si nécessaire à une analgésie.

"J'ai réveillé G. à deux heures du matin parce que j'avais des contractions régulières. Nous avons appelé la sage-femme qui est venue, m'a examinée et m'a dit que la dilatation n'était pas commencée. Si ça, ce n'était pas le travail, qu'est-ce que ça allait donc être ! J'étais angoissée et je me demandais si j'arriverais à supporter des "vraies" contractions. J'ai eu une période de repos, et puis ça a continué. J'avais terriblement mal dans le dos et dans les jambes. À trois heures de l'après-midi, j'en étais à 4 cm de dilatation et j'avais déjà envie de pousser. Et la sage-femme ne semblait pas remarquer ce qui se passait, elle discutait avec G., elle était là, mais prenait des notes. À cinq heures de l'après-midi, je lui ai dit que je n'en pouvais plus. Elle a décidé de rompre la poche des eaux pour accélérer les choses. À partir de là, les 4 ou 5 derniers centimètres sont venus en un quart d'heure. C'était horrible ; je gémissais, je pleurais, j'ai paniqué. G. était très malheureux de me voir comme ça et de ne rien pouvoir faire. L'expulsion, ça a été horrible aussi. Je n'ai pas du tout aimé ça, je n'étais plus capable de me rendre compte de la naissance, je ne voulais pas voir mon bébé, je ne l'aimais pas. C'est absolument horrible. Je ne recommencerais jamais."

Mais en même temps, elle considère que le fait d'avoir été à la maison durant l'accouchement était plutôt positif :

"À l'hôpital, ça aurait été pire ; à la maison, je pouvais au moins faire comme je voulais. Et pour G., il aurait été encore plus spectateur. Si je décidais de recommencer à la maison, je pense qu'il serait d'accord. Mais je ne sais pas ; je détesterais aller à l'hôpital, mais que peut faire une sage-femme à la maison ? Nous en avons discuté quelques semaines après la naissance de Robin, et elle a reconnu qu'elle s'était pas compte de l'intensité de la douleur. Elle était un peu désolée et elle m'a promis que dans le cas d'un deuxième bébé, nous nous préparerions une solution de sortie dans le cas où ça se passerait aussi mal."

Il est probable que cette femme bénéficiera d'une indication médicale pour la péridurale la fois prochaine. Quelle qu'en soit la raison, sa douleur était trop forte pour pouvoir être soutenue par son entourage.

Conclusion

Les expériences de la douleur des femmes françaises et néerlandaises sont constituées en partie par les soins dispensés dans les deux pays et la manière dont ces soins s'inscrivent dans l'organisation générale de l'obstétrique. En France, la suppression de la douleur fonctionne comme un préalable qui permet de stabiliser le dispositif de l'accouchement et rend possible une coopération des différents acteurs impliqués ; aux Pays-Bas, la douleur est au contraire ce qui construit ce collectif compatissant qui s'associe à la femme, communie avec elle sans pour autant intervenir dans le déroulement de l'action, et en même temps, ce qui installe un sujet séparé, autonome, la femme en train d'accoucher, qui est d'un certain point de vue, seule avec sa douleur. Au "ça s'est bien passé" de récit des femmes françaises, s'oppose le "j'ai eu très mal" de la femme néerlandaise.

Dans les deux pays, chacun des modèles dominants fait l'objet de critiques et de pratiques alternatives : alors qu'aux Pays-Bas, cette contestation s'effectue au nom d'une "demande" des femmes, en France, on voit apparaître des arguments de type médical, appuyés de plus en plus sur des résultats de recherche ; la divergence entre les modèles français et néerlandais s'exprime jusque dans leurs modes de contestation. Alors que l'on pourrait avoir l'impression d'un croisement des évolutions dans les deux pays, certains acteurs aux Pays-Bas allant vers la péridurale, alors que d'autres acteurs en France iraient vers des accouchements moins médicalisés, une analyse plus attentive de ces mouvements nuance largement cette appréciation : la péridurale n'a pas et n'aura sans doute pendant assez longtemps le même sens en France et aux Pays-Bas, car la topographie de la naissance dans laquelle elle s'insère diffère de façon radicale entre les deux pays. C'est aussi ce qui rend la comparaison aussi intéressante, car cela montre qu'une technique à elle toute seule a un impact limité : elle ne prend son sens qu'à l'intérieur de dispositifs plus larges qui incluent les professions, les formes d'organisation du travail, les conceptions de la naissance etc.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Nous ne reprendrons pas ici l'ensemble des points qui ont été évoqués tout au long de ce rapport, lequel ne constitue qu'une étape préliminaire de la recherche. Disons simplement que, par rapport aux questions que nous posions au départ, nous pouvons maintenant avancer quelques hypothèses : les différences qui s'observent entre les deux pays, ou du moins entre les modèles dominants des deux pays, ne sont pas des différences marginales, superficielles. Leur profondeur se mesure à la multiplicité des registres dans lesquelles elles sont traduites : depuis les "théories" de la naissance, à l'organisation des professions, et à celle des soins, en passant par la définition et la répartition des moyens techniques, les protocoles de surveillance, les pratiques d'accouchement, les taux d'interventions, les récits des femmes et des couples... Aucune de ces modalités de traduction n'est en fait prééminente sur les autres, elles s'articulent les uns aux autres, s'appuient les unes sur les autres, mais il est impossible de les superposer exactement. La théorie de la naissance physiologique est ainsi à la fois très présente dans la manière dont une sage-femme néerlandaise conçoit sa propre pratique, mais sa pratique déborde la théorie et se définit en partie au jour le jour dans l'interaction avec les clientes, voire dans la confrontation avec de nouvelles techniques. Ceci implique qu'une analyse de ce qu'est l'accouchement aujourd'hui ne peut se cantonner dans aucun de ces registres - et c'est sans doute la critique la plus forte que l'on peut faire à la contribution d'Arney que de s'être limitée à l'analyse des théories et des discours officiels - tous les éléments que nous avons cités plus haut font partie du tableau de l'accouchement, et nous devons chercher à mettre en relation la politique sanitaire, les développements des techniques, les recherches épidémiologiques, le travail des médias, les revues et rencontres professionnelles, les modalités de formation des personnels médicaux etc.

Dans cette perspective, comment analyser le rôle spécifique joué par les techniques ? Il est à la fois important et non-déterminant : on ne peut pas dire que l'accouchement tel qu'il se déroule en France soit le produit d'une évolution technique ni même que ce sont les instruments qui ont cloué la femme sur la table d'accouchement ; la disposition actuelle apparaît plutôt comme la stabilisation provisoire d'une série de transformations qui ont débuté au XIX^{ème} siècle : il est d'ailleurs étonnant à ce sujet de constater la similitude entre la représentation d'un accouchement sans douleur en France dans les années 50 - on note un partage de l'action entre le médecin, ici le Dr Lamaze, père de la méthode, et la parturiente, et le même "silence" de la femme qui n'a pas à se plaindre - et un accouchement sous péridurale à la Pitié-Salpêtrière dans les années 80⁷⁶, alors que l'accouchement sans douleur est une méthode

⁷⁶ tels qu'ils peuvent être vus dans le documentaire "Le bébé est une personne".

peu instrumentée. Mais, en même temps, et l'exemple de l'évolution néerlandaise en est une illustration frappante, l'existence de certaines techniques reconfigure peu à peu ces dispositions, non simplement par leur propre effet, mais aussi parce qu'elles ouvrent de nouveaux espaces de négociation, qu'elles remettent en cause la répartition des compétences et des actions.

La question qui se pose alors est de savoir dans quelle mesure ces techniques contribuent à accroître l'irréversibilité de certaines configurations. Cette question recouvre un certain nombre de problèmes qui n'ont pu qu'être effleurés dans le présent rapport, entre autres le problème des rapports entre formes d'organisation du travail et dispositifs techniques, celui des contraintes liées au médico-légal, celui du rôle de la recherche épidémiologique, et enfin la question de la "demande" des femmes.

En ce qui concerne des relations entre organisation et techniques, la comparaison plus approfondie entre divers hôpitaux français et des hôpitaux néerlandais pourrait être éclairante : elle devrait permettre en particulier de déterminer dans quelles conditions organisationnelles il est possible d'utiliser moins ou différemment les instruments de surveillance. Si l'on fait l'hypothèse, à laquelle nous avons abouti, que l'organisation obéit à bien d'autres contraintes que la seule contrainte technique, il est alors nécessaire de comprendre pourquoi et comment elle s'est mise en place, quels sont les objectifs qu'elle s'est assignés, et en quoi elle dépend d'une certaine attitude des usagers, femmes et couples : un médecin prétendait récemment que l'obstacle majeur à l'implantation de la péridurale ambulatoire était constitué par les sages-femmes qui ne supportaient pas que les femmes leur échappent, si peu que ce soit, en se déplaçant hors de la salle de travail ; comment interpréter au fond cette affirmation ? Ces questions restent à approfondir. Par ailleurs, le cas néerlandais nous a permis de voir à quel point la notion d'organisation déborde le cadre strict de l'établissement hospitalier : le système néerlandais se présente comme un modèle de coordination à faible coût ; une liste d'indications et quelques règles de conduite suffisent à peu près à assurer la coordination entre une multiplicité d'acteurs disjoints. Dans ce système, il y a une certaine perméabilité entre l'intérieur et l'extérieur de l'hôpital, même si, comme plusieurs acteurs le notent, l'hôpital conserve une identité forte : il suffit qu'une sage-femme mette le pied dans l'hôpital pour qu'elle ne puisse plus exactement se comporter comme à l'extérieur. Cette question des liens entre les différents lieux de soins se trouve, en France aujourd'hui, mise au centre de la réflexion sur la sécurité ; l'existence de certaines formes de coordination est encore un élément qui peut transformer les pratiques obstétricales : ira-t-elle vers une homogénéisation de ces pratiques ou au contraire un éclatement possible en fonction du degré de médicalisation nécessaire, telle que cela est pratiqué aux Pays-Bas ? Les expériences en cours méritent en tous cas d'être suivies.

De même les aspects médico-légaux, qui sont évoqués de temps à autre comme justification de certaines pratiques, demanderaient des investigations supplémentaires : de quelle façon le droit se saisit-il des pratiques obstétricales, quels sont les instruments juridiques qui permettent de porter un jugement et

d'attribuer des responsabilités et quelles conséquences cela est-il susceptible d'avoir sur ces pratiques ? Immédiatement, se pose la question de la "bonne" pratique au regard du droit mais aussi au regard des instruments d'évaluation existants. Cette évaluation peut être collective, et ce sont alors les grandes enquêtes épidémiologiques qui sont mobilisées, elle peut être plus locale, à l'échelle d'un établissement par exemple ; à cet égard, il serait intéressant de savoir comment les acteurs évaluent leurs pratiques, et si cette évaluation dépend de la nature des établissements (privé/public, établissement d'enseignement etc.).

L'écart existant entre le caractère systématique de certaines pratiques et les résultats des études épidémiologiques, qui sont loin de converger vers une démonstration d'efficacité de ces pratiques, est une source d'étonnement pour le profane. Certains répondent que l'obstétrique, tout comme la médecine, est un art, pas une science, ce qui ne les empêche pas d'ailleurs d'utiliser des études épidémiologiques quand elles permettent d'appuyer leur point de vue ; ceci montre simplement que les impératifs de justification sont variables et variés selon les circonstances, les lieux et les pratiques en cause, ce qui, en soi, demanderait plus ample analyse. Il semble qu'en France, ces travaux soient plus fréquemment mobilisés qu'aux Pays-Bas dans les controverses en cours ; mais une première approche laisse l'impression que le débat entre épidémiologistes en France est très limité : pour nourrir le débat, les opposants à l'orthodoxie locale sont contraints de faire appel à des travaux étrangers. Quoi qu'il en soit, on peut s'interroger sur le rôle joué par l'épidémiologie et plus généralement sur la manière dont la recherche est articulée aux pratiques médicales quotidiennes.

Enfin, nous avons vu tout au long de ce rapport que la "demande" des femmes était sans arrêt mise en cause dans les deux pays pour expliquer les évolutions contemporaines, pour justifier certaines pratiques. Cette "demande" est très ambiguë, pour plusieurs raisons : d'abord parce que les femmes elles-mêmes disent ne pas toujours savoir ce qu'elles veulent, et même aux Pays-Bas savoir moins bien ce qu'elles veulent que la sage-femme, ou du moins ne pas être forcément capables d'arbitrer entre un désir de court terme et un désir de long terme. Peut-être parce que l'accouchement est une expérience tellement rare, limitée dans le temps, et intense, la nature du savoir en cause et l'identité des porteurs de ce savoir sont réellement mises en question : de ce point de vue, jeter l'opprobre sur le personnel médical qui usurperait une position de savoir, c'est aller trop vite en besogne et ne pas voir que les femmes elles-mêmes ont tendance à considérer qu'elles ne sont pas les mieux placées pour savoir, nous en avons vu de nombreux exemples dans ce rapport. En second lieu, la "demande" est ambiguë parce qu'elle fait l'objet d'un nombre incalculable d'évaluations, de traductions, de négociations, à moins que ce ne soit la relation inverse. Comme nous l'avons déjà suggéré, cette question demande à elle seule des développements significatifs : suivre à la trace la construction et la transformation de cette demande, repérer les éléments qui jouent un rôle déterminant dans les choix des femmes, analyser les mécanismes de traduction qui permettent d'orienter et de canaliser leurs revendications, et apprécier le résidu

de ces processus, les frustations, les incompréhensions, les insatisfactions qui forment la trame d'un certain nombre de récits.

BIBLIOGRAPHIE

Abraham van der Mark, E., 1993, *Successfull Homebirth and Midwifery. The Dutch example*, Westport CT : Bergin & Garvey.

Anhoury, P. et G. Viens (ed.), 1994, *Gérer la qualité et les risques à l'hôpital.*, Paris : ESF Editeur .

Arney, W. R.1982, *Power and the Profession of Obstetrics*, Chicago, London : The University of Chicago Press.

Berge-Aomari, F., 1994, "La moutarde monte au nez", *Les dossiers de l'Obstétrique*, n°223 .

Bessonart, J.1992, *Paroles de sages-femmes*, Paris : Stock .

Birman, C., 1994, "La démedicalisation", *Les dossiers de l'Obstétrique*, n°213 .

Bizieu, S., 1995, "communication sur la péridurale et ses effets", in J. P. Relier (ed.), *XXVes Journées Nationales de Néonatalogie 1995*, Paris : Karger.

Bouvier-Colle, M. H., N. Varnoux et G. Bréart, 1994, *Les morts maternelles en France*, Paris : Éditions de l'INSERM.

Bréart, G. et J. Bouyer, 1991, "Méthodes épidémiologiques en évaluation", *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, n°39.

Burger-Sierra, L., 1994, "Le dialogue cadennassé", *Les dossiers de l'Obstétrique*, n°223 .

Camoin, R., 1991, "Point de vue d'un anesthésiste de clinique", *Les dossiers de l'obstétrique*, n°189 .

Cardin, H., M.-T. Moisson-Tardieu et M. Tournaire,1986, *La péridurale. La douleur de l'accouchement enfin vaincue.*, Paris : Editions Balland.

Carricaburu, D., 1986, "Les sages-femmes face à l'innovation technique", in P. Aïach and D. Fassin (ed.), *Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris : Anthropos.

Chadeyron, P.-A., 1991, "Le silence viscéral", *Les dossiers de l'obstétrique*, n°189 .

Cointe, C., 1995, "La restructuration des maternités en question", *Profession sage-femme*, n°13

Dagnaud, M. et D. Mehl,1987, *Merlin l'enfanteur*, Paris : Ramsay.

- Daurian, M., 1991, "Le point de vue d'une sage-femme chargée de préparation à la naissance", *Les dossiers de l'obstétrique*, n°189 .
- De Boo, M., 1995, "Keizersnede steeds vaker toegepast", *NRC*, 22 juin 1995
- Debache, C. et R. Depoix, 1989, *Accoucher sous péridurale*, Paris : Denoël.
- Duden, B., 1993, *Disembodying Women. Perspectives in Pregnancy and the Unborn*, Cambridge, London : Harvard University Press.
- Duran, J., 1991, "Le point de vue d'une sage-femme libérale", *Les dossiers de l'obstétrique*, n°189 .
- Edmonde Morin, F.1985, *Petit manuel de guerilla à l'usage des femmes enceintes*, Paris : Seuil.
- Fayot, P., 1995, "L'anesthésie péridurale", communication au colloque *Les maternités, qu'en restera-t-il en l'an 2000?*, Paris : février 95.
- Goldberg, A., 1991, "Naissances et éveil", *Les dossiers de l'obstétrique*, n°189 .
- Grosjean, M., 1988, *Mères et enfants à la maternité : apprendre à vivre ensemble*, Paris : Centurion. Infirmières d'aujourd'hui.
- Groupe d'Animation et d'Impulsion National, 1993, *L'obstétrique en France. Enquête 1991*, CNAM-ENSM.
- Halfon, Y., 1991, "Le point de vue d'un psychologue", *Les dossiers de l'obstétrique*, n°189 .
- Hardy, B., 1991, "Point de vue de la sage-femme de la salle d'accouchement", *Les dossiers de l'obstétrique*, n°189 .
- Haut Comité de la Santé Publique, 1994, *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité*, Paris : Editions de l'ENSP.
- Iborra, M., 1994, "Quelle naissance dans quelle maternité ?", *Les dossiers de l'Obstétrique*, n°223 .
- Jongmans, L., 1992, "Le mode de sélection des femmes enceintes aux Pays-Bas et les discussions qu'il suscite", *Les dossiers de l'obstétrique*, n°194 .
- Jongmans, L., 1993, "L'obstétrique aux Pays-Bas", *Les dossiers de l'obstétrique*, n°204
- Keasbery, E., 1989, "Enfanter aux pays-Bas : le respect de la qualité", in *Enfanter: le lien mère-enfant-père*, Paris : Editions Frison Roche.
- Kitzinger, S.1986, *Naissance à la maison*, D'en Bas .
- Kloosterman, G. J., 1989, "La place de l'accouchement chez soi dans l'obstétrique contemporaine aux Pays-Bas", in *Enfanter: le lien mère-enfant-père*, Paris : Editions Frison-Roche .

- Koelewijn, J., 1995, "Thuisbevalling en vrije keuze", *TvT*, juin 1995
- Lacoste, M., 1993, "Polyphonie et positions de la sage-femme dans la conduite de l'accouchement.", in Cosnier, J., Grosjean, M., Lacoste M., (sous la direction de), *Soins et communications : Approches interactionnistes des relations de soins*, Lyon : Presses universitaires de Lyon.
- Legrand, J., 1994, "Analyse et critique d'un rapport sur la mortalité maternelle", *Dossiers de l'Obstétrique*, n°217 .
- Legrand, J. et C. Muszynski, 1994, "Naissance en zone non urbaine. Maternité de proximité. L'état des lieux.", *Les dossiers de l'Obstétrique*, n°223 .
- Limburg, A., 1989, "Attention portée à la famille et au lien mère-enfant-père dans la naissance aux Pays-Bas", in *Enfanter: le lien mère-enfant-père*, Paris : Editions Frison-Roche .
- Lipszyc, D., 1994, "Les maternités de proximité et la préparation à la naissance", *Les dossiers de l'Obstétrique*, n°223 .
- Manschot, A., 1993, "Is al dat lijden nog wel nodig?", *Opzij*, décembre 1993.
- Martin, E., 1987, *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston : Beacon Press.
- Muszynski, C., P. Lambert, G. Mariotte, J. Morand, S. Razet, P. Vely et J. Mace-Lesec'h, 1994, "Les maternités publiques de proximité dans l'organisation des soins aux femmes enceintes", *Dossiers de l'Obstétrique*, n°214 .
- Nisand, I., 1994, "Démédicaliser ou humaniser?", *Les dossiers de l'Obstétrique*, n°213 .
- Odent, M., 1976, *Bien naître*, Paris : Seuil .
- Odent, M., 1995, "L'enregistrement en continu du rythme du cœur fœtal", in J. P. Relier (ed.), *XXVes Journées Nationales de Néonatalogie 1995*, Paris : Karger.
- Ossart, J., 1994, "Données et logique économiques d'une maternité type de <300 accouchements menacée de fermeture", *Dossiers de l'Obstétrique*, n°223
- Peter, J., 1993, *L'accouchement programmé*, PSR Éditions.
- Rumeau-Rouquette, C., C. de Mazaubrun et Y. Rabarison (ed.), 1984, *Naître en France. 10 ans d'évolution*, Paris : Editions Doin-Editions de l'Inserm. .
- Smulders, B. et A. Limburg, 1988, "Obstetrics and midwifery in the Netherlands", in S. Kitzinger (ed.)
- Spanjer, J. et alii (ed.), 1994, *Bevallen en Opstann*, Amsterdam : Contact.

Sureau, C., 1995, "Rapport du groupe de travail de l'Académie sur l'urgence obstétricale", présenté au séminaire *Les maternités, qu'en restera-t-il en l'an 2000 ?*, Paris : février 1995.

Tagawa-Sarr, O. et V. Tourneux, 1993, "Evaluation des coûts de la maternité en France et réflexions", *Les dossiers de l'Obstétrique*, n°212 .

Taylor, J., 1995, "L'échographie obstétricale : images de contradiction", *Techniques & Culture*, à paraître

Toan, N., 1991, "La péridurale en obstétrique", *Les dossiers de l'obstétrique*, n°189 .

Van der Hulst, L., 1994, "Hoe beleven wij de normale bevalling? Pijnbeleving en de wens tot pijnstilling", *Medische Contact*, vol. 49, n°14

Van der Hulst, L., 1995, "De beleving van baringspijn", *TvT*, mars 1995

Wiegers, T. et G. Berghs, 1994, *Bevallen... thuis of poloklinish ?*, Utrecht : Nivel.

1988, "Conditions de naissance en France en milieu hospitalier public", *La Revue Hospitalière de France*, vol.52 n°416 .

1988, "Les sages-femmes. Evolution de 1974 à 1983", *La Revue Hospitalière de France*, n°416 .

1988, "Les sages-femmes libérales", *La revue Hospitalière de France*, vol.51, n°416 .

1991, "La péridurale vue autrement", *Les dossiers de l'obstétrique*, n°189 .

1993, "La sécurité de la naissance. Rapport du groupe de travail auprès du haut comité de santé publique", *Les dossiers de l'obstétrique*, n°205.

1995, "L'anesthésie péridurale", communication au séminaire *Les maternités, qu'en restera-t-il en l'an 2000?*, Paris : février 1995

RÉSUMÉ

En France, à l'instar de la plupart des pays occidentaux, la prise en charge médicale de la grossesse et de l'accouchement s'est développée depuis plusieurs décennies et est apparue comme le moyen privilégié permettant d'améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant. Aujourd'hui, presque toutes les grossesses sont suivies en milieu hospitalier et se concluent par un accouchement et un séjour à l'hôpital. Tout au long de la grossesse et de l'accouchement, des techniques plus ou moins sophistiquées sont utilisées: échographie, outils de diagnostic prénatal, monitoring, anesthésie péridurale etc. Aux Pays-Bas, en revanche, plus de 30% des naissances se font à domicile avec la seule présence d'une sage-femme et d'une infirmière. Le suivi prénatal est assuré par les sages-femmes libérales dont le rôle et les activités ont toujours été soutenus par les différents gouvernements. La norme est ici au "naturel", au "sans technologies" et met l'accent sur des soins psycho-socio-somatiques" qui visent la maternité dans son intégralité; l'intervention médicalisée semble circonscrite à des cas bien spécifiques.

Notre démarche au départ a été fondée sur un étonnement réciproque ; comment était-il possible qu'existent en cette fin de 20ème siècle, deux formes d'organisation aussi différentes, dans lesquelles l'utilisation des techniques soit si inégale et qui conduisent à des performances, en termes de mortalité et de morbidité, sinon équivalentes, du moins voisines, les meilleurs résultats étant d'ailleurs plutôt du côté des solutions moins instrumentées ?

Nous avons choisi d'emblée deux points d'entrée pour mener notre comparaison : nous souhaitions en premier lieu préciser la place et le rôle des technologies dans les pratiques obstétricales des deux pays ; par ailleurs, nous nous interrogeons sur la façon dont les femmes se représentent les systèmes de soins obstétricaux et dont elles évaluent leurs possibilités de choix et de négociation avec les acteurs impliqués. Nous avons donc abordé le terrain (interviews de professionnels et d'usagers, lecture de la presse spécialisée et grand public...) avec ces questions en essayant de repérer la manière dont, concrètement, elles se posent pour les différents acteurs impliqués dans les deux systèmes étudiés. Ceci nous a conduit à une première cartographie de ces deux systèmes, organisée autour de trois points principaux : l'analyse des risques et la sécurité de la naissance, l'organisation de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement et, en particulier, la question des dispositifs techniques utilisés, et enfin, la gestion de la douleur. Ces trois points se trouvent aujourd'hui au centre de débats et de controverses qui nous permettent d'entrer en profondeur dans l'analyse de ce qui constitue les spécificités de chaque pays et d'essayer d'en esquisser les futurs probables.

La question des risques et des moyens appropriés pour assurer la sécurité de la naissance est un premier lieu où l'on constate des différences d'approche considérables entre les deux pays. En simplifiant à l'extrême, on peut dire qu'en France, malgré les récentes polémiques autour des rapports remis au gouvernement, se dégage un consensus autour de l'idée que tout accouchement est potentiellement risqué et donc que la sécurité tient essentiellement à l'équipement des maternités qui doit permettre de faire face à toute éventualité. Aux Pays-Bas, à l'inverse, l'accouchement est considéré a priori comme un processus physiologique qui ne nécessite pas forcément d'intervention médicale ; la sécurité de la naissance repose alors sur un couplage approprié entre une femme et un niveau de soins : ce couplage est réalisé au travers d'une liste d'indications qui permet d'orienter les femmes, et qui, en même temps, définit la répartition des compétences entre sages-femmes et obstétriciens, laquelle recoupe à la fois des frontières "géographiques" (domicile / polyclinique / hôpital) et des frontières techniques, puisque l'utilisation de certains instruments est réservée aux obstétriciens. Partant de là, les controverses qui existent dans les deux pays prennent de formes très différentes : en France, la question de la sécurité préoccupait les politiques en raison du hiatus existant entre le niveau des dépenses de santé et celui des performances périnatales. La réponse apportée au gouvernement par les experts s'appuyait essentiellement sur deux points : une augmentation des moyens techniques d'une part et d'autre part, une concentration de ces moyens par le biais d'une restructuration qui s'appuierait sur la fermeture des petites maternités. Ces propositions ont fait l'objet de vives critiques et des discussions se sont développées autour des facteurs de sécurité, et du poids relatif des moyens techniques et des compétences humaines. Aux Pays-Bas, il ne semble y avoir aucune discussion sur les moyens techniques et leur allocation ; en revanche, de façon pratique autant que théorique, la liste d'indications qui permet d'attribuer le suivi des femmes aux différents professionnels et sur laquelle repose, comme nous le montrons, l'organisation du système néerlandais fait l'objet de tensions : la répartition des prérogatives entre les uns et les autres est remise en cause par des faisceaux de petits événements. A leur point extrême, ces deux controverses débouchent de façon inattendue sur un rapprochement entre les situations des deux pays : alors qu'aux Pays-Bas, certains commencent à avancer l'idée que le lieu, en lui-même, peut être ou non porteur de sécurité, en France, le concept d'organisation en réseau se présente comme un candidat crédible permettant de clore les polémiques. Derrière le réseau hiérarchisé d'établissements, l'on retrouve l'idée que toutes les naissances ne sont pas également risquées et qu'il est possible d'orienter les femmes dans un établissement adéquat, eu égard à leur situation spécifique.

Partant donc de la constatation que la grossesse, l'accouchement et les risques qui leur sont associés sont considérés de manière très différente en France et aux Pays-Bas, nous avons voulu voir comment, dans la pratique quotidienne, ces conceptions se traduisaient par des dispositifs de surveillance spécifiques, dispositifs qui, par ailleurs, ont concentré depuis une vingtaine d'années un grand nombre d'innovations techniques. En suivant le fil de la surveillance et les débats auxquels elle donne lieu, nous avons mis en évidence

deux modèles très différents de ce que sont en pratique les accouchements en France et aux Pays-Bas. Le modèle français de la **co-action** se caractérise par le fait que l'accouchement est un acte collectif dans lequel la répartition de l'action et sa coordination sont effectuées en partie par l'intermédiaire des dispositifs techniques de surveillance : d'un certain point de vue, les polémiques qui existent autour de la nécessité et de l'efficacité de ces dispositifs ratent ce point essentiel. Aux Pays-Bas, le modèle dominant de la naissance physiologique semble être un modèle de **communio**n, dans lequel prédomine la mise en rapport directe - presque sans intermédiaire technique - des corps des différents intervenants (femme, compagnon, sage-femme), afin d'apporter un soutien à la femme qui est considérée comme le principal acteur de l'accouchement.

Ces deux modèles peuvent être mis en relation avec la manière dont la douleur de l'accouchement est considérée dans les deux pays et dont elle est traitée. Alors qu'en France, elle est isolée de l'accouchement lui-même, voire envisagée comme une pathologie, elle constitue un point de passage quasi-obligé pour l'accouchement néerlandais : la compassion, la communion qui qualifient, aux Pays-Bas, les rapports entre femme, sage-femme et entourage s'appuient en partie sur cette douleur, qui, en France, est au contraire un obstacle à la construction de ce collectif qui co-agit pendant l'accouchement. Dans cette perspective, la péridurale nous paraît un point central dans l'évolution possible des différents systèmes : en France, sa généralisation est susceptible de stabiliser les dispositifs de surveillance en les rendant à la fois indispensables et supportables ; aux Pays-Bas, elle menace le système de la naissance car elle bouscule la frontière établie entre pathologie et physiologie, frontière qui se superpose aux frontières professionnelles et institutionnelles. Enfin, la péridurale pose de front la question de la "demande" des femmes, de son émergence et des modalités de son expression, puisque dans les deux pays, les praticiens arguent de cette demande pour justifier ou expliquer le recours croissant à la péridurale.

Cette première recherche débouche donc sur l'idée que les différences qui s'observent entre les deux pays, ou du moins entre les modèles dominants des deux pays, ne sont pas des différences marginales, superficielles. Leur profondeur se mesure à la multiplicité des registres dans lesquelles elles sont traduites : depuis les "théories" de la naissance, à l'organisation des professions, et à celle des soins, en passant par la définition et la répartition des moyens techniques, les protocoles de surveillance, les pratiques d'accouchement, les taux d'interventions, les récits des femmes et des couples... Aucune de ces modalités de traduction n'est en fait prééminente sur les autres, elles s'articulent les uns aux autres, s'appuient les unes sur les autres, mais il est impossible de les superposer exactement. Ceci implique qu'une analyse de ce qu'est l'accouchement aujourd'hui ne peut se cantonner dans aucun de ces registres ; tous les éléments que nous avons cités plus haut font partie du tableau de l'accouchement, et nous devons chercher à mettre en relation la politique sanitaire, les développements des techniques, les recherches épidémiologiques, le travail des médias, les revues et rencontres professionnelles, les modalités de formation des personnels médicaux etc.

Nous concluons sur la mise en évidence d'un certain nombre de questions qui ont émergé au fil de ce premier travail : le problème des rapports entre formes d'organisation du travail et dispositifs techniques, celui des contraintes liées au médico-légal, celui du rôle de la recherche épidémiologique, et enfin la question de la "demande" des femmes, tous ces thèmes ouvrent vers de nouvelles pistes de recherche